Voir résumé français
à la fin de chaque rapport

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBOROWO — KOŚCIAN — LUBLINIEC
OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK VIII. DZIEKANKA KWARTAŁ III-IV

1 9 3 1

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO - DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI K. PIECHOCKIEGO w GNIEŹNIE

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

„Nowiny Psychjatryczne" zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teorytycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych" z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (3.00 zł.) i wysyła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 zł. za egzemplarz.

Redakcja „Nowin Psychjatrycznych".



Ś. P.

STANISŁAW DEKOWSKI.



Ś. p.

Stanisław Dekowski

urodził się w r. 1874 w Gdańsku, ukończył gimnazjum we Wejherowie na Pomorzu, studja lekarskie odbył na uniwersytetach niemieckich (Berlin, Lipsk, Rostock) i uzyskał dyplom lekarski w Rostock.

Pierwsze trzy lata 1901 — 1904 pracował w charakterze asystenta w Zakładzie psychjatrycznym w Kortawie pod Olsztynem, w roku 1904 osiedlił się jako lekarz praktykujący w Grudziądzu, gdzie poza ogólną praktyką pełnił w przeciągu lat trzech obowiązki lekarza przy Domu Karnym, z którym połączona była stacja obserwacyjna dla umysłowo chorych.

Powołany do wojska na samym początku wojny światowej, przez dłuższy czas zatrudniony był w obozach jeńców rosyjskich, koniec zaś wojny przebył jako lekarz sztabowy w randze kapitana na froncie zachodnim.

W roku 1919 wraca do kraju; po objęciu Pomorza przez władze polskie zostaje Mu powierzone kierownictwo Zakładu Psychjatrycznego w Świeciu. Tutaj z właściwą sobie energją odrazu bierze się do reorganizacji Zakładu, poświęcając całą swoją siłę dla jego dobra, wprowadza wzorową dyscyplinę, ład i porządek.

Lecz nurtująca w Nim oddawna choroba konstytucyjna w postaci cukrzycy oraz przyłączające się do tego cierpienie żołądkowe powoduje stopniowo ogólny upadek sił. W 10-tą rocznicę Swego urzędowania jeszcze Mu dane jest przeżyć uroczyste chwile 75-cioletniego jubileuszu Zakładu, do którego przywiązał się całą duszą. W roku następnym w dniu 4. lipca 1931 roku uległ swym ciężkim cierpieniom.

Pamięci Dra Stanisława Dekowskiego Cześć!

Dr. Ralf Jerzy Baetge.



Ś. p.

Stanisław Dekowski

urodził się w r. 1874 w Gdańsku, ukończył gimnazjum we Wejherowie na Pomorzu, studja lekarskie odbył na uniwersytetach niemieckich (Berlin, Lipsk, Rostock) i uzyskał dyplom lekarski w Rostock.

Pierwsze trzy lata 1901 — 1904 pracował w charakterze asystenta w Zakładzie psychjatrycznym w Kortawie pod Olsztynem, w roku 1904 osiedlił się jako lekarz praktykujący w Grudziądzu, gdzie poza ogólną praktyką pełnił w przeciągu lat trzech obowiązki lekarza przy Domu Karnym, z którym połączona była stacja obserwacyjna dla umysłowo chorych.

Powołany do wojska na samym początku wojny światowej, przez dłuższy czas zatrudniony był w obozach jeńców rosyjskich, koniec zaś wojny przebył jako lekarz sztabowy w randze kapitana na froncie zachodnim.

W roku 1919 wraca do kraju; po objęciu Pomorza przez władze polskie zostaje Mu powierzone kierownictwo Zakładu Psychjatrycznego w Świeciu. Tutaj z właściwą sobie energją odrazu bierze się do reorganizacji Zakładu, poświęcając całą swoją siłę dla jego dobra, wprowadza wzorową dyscyplinę, ład i porządek.

Lecz nurtująca w Nim oddawna choroba konstytucyjna w postaci cukrzycy oraz przyłączające się do tego cierpienie żołądkowe powoduje stopniowo ogólny upadek sił. W 10-tą rocznicę Swego urzędowania jeszcze Mu dane jest przeżyć uroczyste chwile 75-cioletniego jubileuszu Zakładu, do którego przywiązał się całą duszą. W roku następnym w dniu 4. lipca 1931 roku uległ swym ciężkim cierpieniom.

Pamięci Dra Stanisława Dekowskiego Cześć!

Dr. Ralf Jerzy Baetge.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE
DZIEKANKA

ROK VIII. 1931 KWARTAŁ III-IV

PRACE ORYGINALNE.

Zakład Psychjatryczny Dziekanka — Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi w Dziekance.

Podał Dr. W. GORZKOWSKI.

Chorych psychicznie można podzielić na dwie wielkie grupy: 1) niebezpiecznych dla otoczenia, 2) niezagrażających otoczeniu. Tylko pierwsza z tych grup musi być umieszczana w zakładzie psychjatrycznym ze względu na bezpieczeństwo publiczne. Chorzy tego typu muszą więc (przymusowo) przebywać w zakładzie. Grupa druga, o ile tylko ma dostateczną opiekę, może przebywać poza zakładem. Prawie każde miasto b. zaboru rosyjskiego ma swego „nieszkodliwego warjata", który często wypełnia drobne polecenia, nie przeszkadzając nikomu i nie robiąc krzywdy, nawet dzieciom, mimo, że te często dokuczają mu. Takie przebywanie ludzi chorych psychicznie na wolności, które wynikło z braku miejsca w zakładach psychjatrycznych, jest jakby pierwowzorem opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi. Jakaż jest korzyść dla społeczeństwa i dla chorych z opieki rodzinnej? Dla społeczeństwa jest to odciążenie zakładów psychjatrycznych, wskutek tego wystarczy mniejsza ich ilość. Zakłady psychjatryczne, oprócz kosztów na budowę, wymagają także olbrzymich wydatków na administrację i utrzymanie. Opieka rodzinna dostarcza okolicznym mieszkańcom niekiedy bardzo dobrych pracowników, oczywiście przy odpo-

wiedniem i starannem pokierowaniu chorym. Choremu opieka rodzinna daje warunki domowe, w jakich się urodził i wychował, daje mu środowisko, w którem chory czuje się najlepiej. Pacjent nie jest skrępowany, nie widzi przed sobą zamkniętych drzwi zakładu psychjatrycznego, ani muru otaczającego zakład, czuje się wolny, swobodny. W tych warunkach poprawia się na zdrowiu.

Jako stadjum przedwstępne do opieki rodzinnej, są t. zw. pawilony otwarte. Znajdują się tam chorzy, którzy w dowolnym czasie mogą opuszczać oddział, a mają tylko obowiązek przebywać w obrębie zakładu. Niektórym z pośród nich zezwala się nawet opuszczać zakład. Dozór nad tego rodzaju chorymi jest mało ścisły. Sprawują go 1 lub 2 pielęgniarze, którzy przechadzają się w obrębie zakładu. Zresztą są to pacjenci najczęściej cały dzień zatrudnieni. W Dziekance oprócz pawilonów otwartych, leżących w obrębie Zakładu, mamy jeszcze jeden pawilon otwarty, istniejący poza zakładem. Mieszkają tam chorzy zatrudnieni na folwarku. Opiekę nad nimi sprawuje jeden pielęgniarz.

Samą opiekę rodzinną można podzielić na opiekę rodzinną u najbliższej rodziny i opiekę rodzinną u obcych. Pierwsza polega na tem, że po stwierdzeniu przez lekarza, iż dany chory nie ma skłonności antyspołecznych, ani nie potrzebuje leczenia w zakładzie zamkniętym, zawiadamia się rodzinę, że można zabrać pacjenta do domu, o ile zagwarantują mu dostateczną opiekę. Najczęściej rodzina zabiera takiego pacjenta najpierw na t. zw. urlop 6-cio lub 12 tygodniowy, a po przekonaniu się, że pacjent może przebywać w domu, zabiera go zupełnie z zakładu. Drugi rodzaj opieki, to opieka u ludzi obcych. Oddaje się tam chorych nie posiadających rodziny, która by się o nich troszczyła albo jeśli pacjent posiada rodzinę, która płaci za jego utrzymanie, to odda jego się w opiekę rodzinną u obcych za jej zgodą.

Ojczyzną tego rodzaju opieki rodzinnej jest Belgja, gdzie „patronage familial" istnieje blisko od 300 lat. W praktyce wygląda to tak, że zakład psychjatryczny stanowi ośrodek, do którego skierowuje się i gdzie obserwuje się chorych. O ile po dokładnej obserwacji stwierdzi się, że dany chory nie jest niebezpieczny dla otoczenia, że nie potrzebuje specjalnego leczenia w zakładzie zamkniętym, oraz, że pobyt poza zakładem wpłynie na niego korzystnie, oddaje się go (za zgodą pacjenta)

w opiekę rodzinną do okolicznych mieszkańców, którzy zobowiązują się pisemnie, że będą troskliwie opiekowali się chorym i ustrzegą go od niebezpieczeństw, na które mógłby być narażony, będą dbali o jego czystość, będą go dobrze higjenicznie odżywiać, dostarczą mu higjenicznego mieszkania, nie będą zmuszali pacjenta do żadnej ciężkiej pracy, nie będą go bili, oraz dostarczą mu zajęcia, które pacjent sam dobrowolnie będzie wykonywał. Opiekun otrzymuje z zakładu odpowiednią zapłatę. Zakład kontroluje, czy żywiciel dobrze opiekuje się chorym.

W Dziekance opieka rodzinna istnieje od 27. VI. 1909 r. Narazie w opiece rodzinnej było tylko 6 pacjentów (u pielęgniarzy, pracujących w zakładzie), stopniowo jednak ilość ich się powiększała i obecnie mamy w opiece 54 osoby. Część tych chorych przebywa u pielęgniarzy zakładowych, część u okolicznych mieszkańców. Starający się o pacjenta (pacjentkę) w opiekę rodzinną, stawia pisemny wniosek do Dyrekcji o przyznanie mu jednego chorego w opiekę rodzinną. O ile niema przeszkód formalnych (zbytnie oddalenie od Zakładu, maximum 6 klm, zła opinja o petencie i tp.), Dyrekcja zgadza się, a wówczas petent musi podpisać protokół następującej treści:

„Zawezwany stawił się p. X. z Y. i prosi o pacjenta w opiekę rodzinną. Panu X. wyjaśniono warunki opieki rodzinnej i zwrócono uwagę na to, że chorym opiekować się musi i traktować jak członka rodziny, dostarczyć mu pokój, który w chłodnej porze roku musi być ogrzany, chory musi otrzymać osobne łóżko z pościelą, natomiast osobistą bieliznę i odzież dostarczy Zakład. Brudną bieliznę może p. X. wymienić w Zakładzie na czystą. Chory musi być raz w tygodniu kąpany, bądź w domu, bądź w Zakładzie. Pan X. może chorego zająć lekką pracą domową, lub w polu, do pracy zmuszać nie wolno. Za wszelką szkodę materjalną lub cielesną, wyrządzoną przez chorego na osobie własnej, panu X. lub osobach trzecich w czasie trwania opieki, odpowiada p. X., jakoteż za wszelkie szkody i koszta powstałe przez samowolne oddalenie się chorego z opieki rodzinnej. Za żywienie chorego otrzymywać będzie p. X. 2/3 kosztów pobieranych za chorego przez zakład, t. j. obecnie 1,16 zł. dziennie za jednego chorego. Pan X. zobowiązuje się dostarczyć na każdorazowe żądanie Zakładu, nie częściej niż raz tygodniowo, najlepszą swą powózkę po lekarza, lub wydelegowanego przez zakład urzędnika, celem

zbadania stanu zdrowia i warunków umieszczenia chorego. Stosunek może być każdej chwili przez zakład rozwiązany". Jak wynika z przytoczonego protokułu, obowiązki opiekuna są duże. Musi się on troszczyć o bezpieczeństwo nietylko chorego, ale także musi uważać, by pacjent komu z otoczenia krzywdy nie wyrządził. Ponadto musi uważać, by chory się nie oddalił, by dobrze jadał, by był czysto ubrany i często się kąpał, by był zadowolony z pobytu w opiece. Kontrolę nad opieką rodzinną wykonuje jeden z lekarzy zakładowych, t. zw. lekarz opieki rodzinnej. Objeżdża on co miesiąc w towarzystwie nadpielęgniarza i nadpielęgniarki chorych w miejscu ich pobytu, bada warunki mieszkaniowe, czystość mieszkania, łóżka i odzież pacjenta. Pozatem pacjent musi być przyprowadzony raz na tydzień do Zakładu i wówczas kąpie się pacjenta, zmienia mu się bieliznę, stwierdza się wagę i dokonuje oględzin ciała, celem skonstatowania, czy chory nie ma sińców, albo innych śladów złego obchodzenia się z nim. W razie stwierdzenia sińców, stałych ubytków na wadze u chorego, który w Zakładzie nietylko nie ubiera na wadze, lecz przeciwnie szybko wyrównuje ubytek, lub w razie uzasadnionych zażaleń ze strony pacjenta na złe obchodzenie się z nim, odbiera się chorego z opieki rodzinnej, a opiekunowi nie przydziela się już więcej innych chorych.

Chcąc dać krytyczną ocenę opieki rodzinnej w Dziekance, musimy podzielić opiekunów na dwie grupy. Pierwsza grupa to pielęgniarze Zakładu, druga to okoliczni mieszkańcy. W pierwszej grupie opieka rodzinna jest bez zarzutu. Pielęgniarze przeważnie starsi, a więc wykwalifikowani, którzy mają za sobą kilka, lub nawet kilkanaście lat służby w zakładzie psychjatrycznym, umieją obchodzić się z chorymi i dlatego tam nigdy nie słyszy się skarg ze strony chorych na złe obchodzenie się z nimi. Pozatem domy pielęgniarskie są tak pobudowane, że prawie przy każdem mieszkaniu znajduje się pokoik przeznaczony dla opieki rodzinnej. I dlatego warunki, w jakich chorzy mieszkają, są bardzo dobre. Pozatem bliskie sąsiedztwo Zakładu daje możność lepszej kontroli. Nie tak pomyślnie przedstawia się grupa druga. Tu opiekunowie są to ludzie bardzo mało uświadomieni, co to są chorzy psychicznie, i jak należy się z nimi obchodzić. Są tacy, którzy uważają, że tylko taki chory jest dobry, który dużo i dobrze pracuje.

O ile pacjent nie chce pracować, lub pracuje mało wydajnie, opiekun nie stara się namówić pacjenta zająć czemś innem, lecz odprowadza go do Zakładu. Ponieważ wie, że po przyznaniu się, że odsyła chorego dlatego, że ten nie chce pracować, nie otrzyma już innego pacjenta w opiekę, opowiada, że pacjent się podnieca, atakuje otoczenie. W pewnym procencie jest to prawdziwe, najczęściej jednak zmyślone, albo też jest dowodem nieumiejętnego postępowania z chorym. W wypadkach takich rozstrzyga karta szpitalna. O ile w karcie zanotowane jest, że pacjent, który już kilka lat przebywa w zakładzie, nigdy nie miał stanów podnieceń, uważamy zeznania żywiciela niekorzystne dla pacjenta za zmyślone, tem więcej, jeśli doprowadzony do Zakładu chory zachowuje się spokojnie. Najlepszym dowodem, że bardzo znaczna część ludności okolicznej uważa, że pacjenta bierze się w opiekę dlatego, by ten pracował, jest fakt, że do Dyrekcji wpływa dużo wniosków okolicznych wieśniaków, w których ci proszą o jakiegoś chorego, zdolnego do paszenia krów, gęsi, do roboty w polu, itd. Oczywiście wnioski takie nie są uwzględniane, ale są dowodem, jak wieśniacy, a przynajmniej niektórzy z nich, pojmują opiekę rodzinną. Chodzi im poprostu o robotnika, do którego w dodatku Zakład dopłaca im około 35,— zł miesięcznie, dostarcza ubrania, obuwia, bielizny i opieki lekarskiej w razie choroby. Oczywiście w tych warunkach wskutek nieuświadomienia i nieumiejętności w obchodzeniu się z chorym, a czasem niedostatecznej opieki, opieka nad pacjentami przedstawia się znacznie gorzej i dlatego, od czasu do czasu, lekarz spotyka się ze skargami ze strony pacjentów, a czasem chory nie chcąc wyjawić przyczyny oznajmia, że chętnie pójdzie w opiekę do innego gospodarza, ale u obecnego przebywać nie chce. Także warunki mieszkaniowe i higieniczne przedstawiają się tu znacznie gorzej, aniżeli w grupie pierwszej. Mieszkania opiekunów są małe, często w dwóch pokojach mieszka po kilka osób, czasem nawet pokoje mieszkalne łączą się bezpośrednio z oborą. Oczywiście że i czystość tak mieszkania jak i ubrania mieszkańców pozostawia wiele do życzenia. U takich rodzin przebywający pacjenci nie mają tych warunków higienicznych jak w Zakładzie, ale trudno, wieśniacy opiekunowie dają to, co dać mogą, często nawet pacjent ma lepsze pomieszczenie, niż sam właściciel domu. W tych wypadkach bierze się pod uwa-

gę, w jakich warunkach żył pacjent przed przybyciem do Zakładu. W większości chorzy w takich właśnie warunkach mieszkali i widocznie dlatego doskonale się czują w takiej opiece rodzinnej. Wprawdzie skargi na złe obchodzenie się ze strony żywicieli są rzadkie, a bicia pacjentów dotychczas nigdy nie stwierdzono, jednak nie można powiedzieć, aby wszyscy opiekunowie grupy II spełniali swe obowiązki bez zarzutu. Jedni muszą być upominani, że nie przysyłają w oznaczonym terminie chorych do kąpieli, inni znów przysyłają pacjentów samych bez opieki, innych trzeba upominać, że w pokoju pacjenta jest brudno, że pościel nie jest czysta, i t. d. Często nie można się oprzeć myśli, że wieśniacy biorą chorych w opiekę, aby mieć robotnika. Oczywiście nie jest to powód do załamywania rąk i powiedzenia, że tu się już nic nie da zrobić. Wszakże opieka rodzinna w Dziekance istnieje dopiero od lat 20-tu, a opieka u wieśniaków dopiero od lat kilku. Wieśniaków stale się uświadamia o sposobie obchodzenia się z chorymi, i rzeczywiście z roku na rok daje się zauważyć pewna poprawa w obejściu się z pacjentami. Ubóstwo także nie wpływa korzystnie na poziom opieki, gdyż nie każdy z wieśniaków może dostarczyć choremu takich warunków jakieby należało, mimo najszczerszej chęci, i dlatego uświadomienie oraz dobrobyt ludności uważam za dwa najważniejsze czynniki rozwoju opieki rodzinnej.

Hôpital Psychiatrique public de Dziekanka (Posnanie)
Dir. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Le placement familial des malades atteints de troubles mentaux à Dziekanka.

Par le Dr. W. GORZKOWSKI.

L'auteur rapporte des données relatives au développement du placement familial à l'hôpital de Dziekanka. Ce placement existe depuis 1909. Au début on confiait les malades uniquement aux infirmiers de l'asile, plus tard également aux habitants des villages voisins. Le nombre des malades placés était d'abord de six, puis progressivement il atteignit le chiffre de 54.

Les infirmiers sont en général des pères-nourriciers parfaits, tant en ce qui concerne la façon de loger le malade, qu'au point de vue de l'hygiène et de l'attitude à son égard. Par contre, les conditions chez les habitants des environs sont bien moins favorables. Cela tient à ce qu'eux mêmes ils se trouvent dans la gêne souvent et à ce qu'ils n'ont pas l'habitude des malades; ils prennent bien souvent un malade non pas dans l'intention de s'occuper de lui, mais pour avoir un ouvrier, pour lequel ils n'ont non seulement rien à débourser, mais pour lequel l'asile paye encore 35 złotys par mois. Il faut cependant dire que les choses s'améliorent d'année en année.

Kolonja dla psychicznie chorych we wsi Deksznie.

Podał W. ŁUNIEWSKI.

Z polecenia Departamentu Służby Zdrowia dokonałem dnia 6. VI. 1931 r. inspekcji Kolonji dla psychicznie chorych we wsi Deksznie w województwie wileńskiem.

Dający się od szeregu lat we znaki brak miejsc w zakładach psychjatrycznych z jednej strony i nie ulegający wątpliwości fakt, że opieka zakładowa nad psychicznie chorymi z jej nieuniknioną koszarowością nie zaspokaja pod względem jakościowym potrzeb lecznictwa psychjatrycznego, zwróciły w ostatnich czasach uwagę świata psychjatrycznego na opiekę pozazakładową.

Najdoskonalszy typ opieki nad psychicznie chorymi, obejmującej wszystkich bez wyjątku chorych na pewnym zamkniętym obszarze administracyjnym i wszelkie możliwe formy organizacyjne pomocy psychjatrycznej, znalazł dotychczas zastosowanie w kilku Stanach Ameryki i zaledwie w kilku miejscowościach Europy Zachodniej. Ten tak zwany regjonalny typ opieki psychjatrycznej jest dość kosztowny, wymaga licznych sił lekarskich i fachowo wyszkolonych sił pomocniczych, a zrealizowanie tego doskonałego typu opieki w Polsce wymagałoby nadewszystko wykończenia budowy całej sieci zakładów wojewódzkich.

T. zw. adneksyjny typ opieki pozazakładowej, polegający na umieszczeniu chorych w rodzinach, zamieszkujących w po-

bliżu zakładów, z zachowaniem ścisłego kontaktu chorych z zakładem i kontroli lekarzy zakładowych nad wykonaniem tej opieki, znalazł u nas zastosowanie w niektórych zakładach województw zachodnich (naprz. w Dziekance, Kocborowie i innych). Ten typ opieki nie może przecież objąć większej liczby chorych i jako typ opieki, związany ściśle z czynnościami zakładu zamkniętego, nie daje widoków na to, by mógł okazać u nas wydatniejszą pomoc, ponieważ niedobór łóżek psychjatrycznych trapi przedewszystkiem wschodnie połacie Polski, nie posiadające zakładów.

Typ opieki pozazakładowej rozproszonej, stosowany w zorganizowanej postaci w Szkocji, nie może być brany w rachubę jako odciążenie przepełnionych zakładów w Polsce, ponieważ nie posiadamy zasadniczego warunku dla rozwoju tego typu opieki — odpowiedniej kultury ludności i ustaw, normujących opiekę nad psychicznie chorymi.

Samorodna postać rozproszonej opieki pozazakładowej, stosowana u nas z konieczności (pozostanie chorych pod opieką gmin), jest właśnie wyrazem tego braku, któremu trzeba zaradzić.

Pozostaje typ opieki pozazakładowej t. zw. koncentracyjny, który mógłby u nas oddać znaczniejsze usługi, gdyby go się udało zaszczepić i rozwinąć na prawidłowych zasadach. Najdoskonalszy wyraz opieki nad psychicznie chorymi poza zakładem tego typu, Kolonja w Gheel (Flandrja), znalazł już liczne naśladowania w Belgji, Holandji, Francji i w Niemczech. Doświadczenie poucza, że sztuczne utworzenie kolonji nie jest rzeczą łatwą: forsowanie tej sprawy na gruncie nieodpowiednim zawodzi, a jednym z najistotniejszych warunków jej powodzenia jest zainteresowanie ludności sprawą Kolonji i oswojenie się tej ludności z psychicznie chorymi. Kolonja we wsi Dekszniе jest na ziemiach polskich dotychczas jedyną kolonją dla psychicznie chorych.

O istnieniu jej dowiedzieliśmy się po raz pierwszy z artykułu Dr. A. Wirszubskiego z Wilna, który podał opis kolonji w Nr. 2 Nowin Lekarskich w r. 1927. Druga wzmianka o Dekszniach podało pismo codzienne „Nasz Przegląd“ z dn. 17. X. 1929, w artykule pod tytułem: „Niezwykła Kolonja żydowska w Polsce: żydzi pionierami opieki pozazakładowej nad umysłowo chorymi“.

Kolonja we wsi Dekszniе istnieje od dłuższego szeregu lat, mieszkańcy tej wioski zajmują się opieką nad psychicznie

chorymi w drugiem pokoleniu. Kolonja powstała około 50 lat temu zupełnie samorzutnie i rozwijała się dotychczas nietylko bez poparcia władz administracyjnych, ale nawet poza wszelką kontrolą ze strony tych czynników. Dopiero w 1930 r. Departament Służby Zdrowia zainteresował się Kolonją i po raz pierwszy wysłał do niej Komisję Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Wilnie celem zapoznania się z Kolonją i jej potrzebami. Inspekcja dokonana przez tę Komisję w dniu 22. V. 1930 r. ustaliła, że w Kolonji pozostawało w tym czasie 54 psychicznie chorych; że naogół w Kolonji dałoby się pomieścić do 100 chorych, że stan Kolonji pod względem sanitarnym jest naogół niezgorszy, że nie posiada ona jednak żadnej organizacji i jest pozbawiona wszelkiej opieki lekarskiej.

Z polecenia Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Wilnie jesienią 1930 r. zorganizowano Zarząd Kolonji, składający się z 3-ch osób, wybranych przez mieszkańców wioski, którzy przyjmują psychicznie chorych pod swoją opiekę. Wkrótce potem Zarząd Kolonji zaangażował ze swej strony w charakterze konsultanta Kolonji Dr. A. Wirszubskiego, który zobowiązał się odwiedzać Kolonję 2 razy na miesiąc.
Zarząd Kolonji opodatkował żywicieli na ten cel i na ogólne potrzeby Kolonji składką w wysokości 1 zł miesięcznie od chorego i wiosną roku bieżącego zaczął zabiegać o intensywniejszy przypływ chorych do Kolonji. W tym celu Zarząd Kolonji zwrócił się do magistratów większych miast: Warszawy, Wilna i Grodna, proponując przyjęcie większej liczby chorych na rachunek gmin miejskich. Wilno i Grodno skorzystały z tej propozycji, pierwsze z tych miast pomieściło w Kolonji około 40, drugie około 25 chorych. Magistrat m. Warszawy nie powziął dotychczas decyzji w tej mierze.

Z powyższego widać, że mieszkańcy wsi Deksznie interesują się sprawą rozwoju Kolonji i zdołali obudzić zainteresowanie Kolonją w większych miastach. Kolonja w Deveszniach daje zatem dowody życia; ożywienie jej działalności zbiega się z coraz j-śniej zarysowującą się w kołach psychjatrycznych świadomością, że instytucja tego rodzaju jest nam potrzebną. Słuszną jest rzeczą, aby w tym momencie władze państwowe zatroszczyły się o to, by przedewszystkiem uchronić ją od wejścia na fałszywą drogę i mogących na tem tle powstać zboczeń rozwojowych.

Wioska Dekszнie leży na lekkiej wyniosłości terenowej pomiędzy dwoma dopływami Mereczanki, rzeczkami Spengłą i Giełużą, w odległości 60 kilometrów od Wilna, i około 5-u kilometrów od stacji kolejowej Olkieniki na linji kolejowej Warszawa-Wilno. Mniej więcej taka sama odległość 5-u kilometrów dzieli wioskę od miasteczka Olkieniki. W najbliższej okolicy zabudowań wioski lasów niema, są one nieco dalej. Droga ze stacji Olkienik do Dekszni prowadzi przez las sosnowy do wsi Puczkarni, od której potem jedzie się już gołem polem.

Na terenie wioski Dekszнie jest kilka studni płytkich. Woda z tych studni nie była badana, przy powierzchownem jej oglądaniu ma ona wygląd wody czystej, jest dość smaczna i nie posiada niemiłego zapachu. Zabudowania wioski ciągną się dwoma równoległemi szeregami wzdłuż głównej drogi. Są to zabudowania wyłącznie drewniane. Pośrodku wioski stoi drewniana synagoga.

Wioska liczy około 200 mieszkańców stałych, ludność jej stanowią prawie wyłącznie żydzi, wyjątek stanowi jedna rodzina litewska, uprawiająca w Deksznіach ziemię dzierżawną. Żydowscy mieszkańcy wioski uprawiają rolę, nadaną im w latach 1875 czy 1879. Dekret nadawczy zawiera podobno zastrzeżenie, zabraniające odprzedaży ziemi komu innemu jak tylko osobom wyznania mojżeszowego. Działki ziemi są dość duże, na jedną rodzinę przypada przeciętnie około 20 ha. Ziemia jest zresztą mało urodzajna.

Współcześni mieszkańcy wioski twierdzą, że jeszcze ich ojcowie przed 50 laty zaczęli przyjmować do swoich domów pod opiekę psychicznie chorych, i zwyczaj ten utrzymał się w Deksznіach do dzisiejszych czasów: każda bez wyjątku chata jest przygotowana do przyjęcia nie mniej jak 3-ch chorych, niektóre chaty rozbudowały się do możności przyjęcia 10 a nawet 15 chorych. Domy starych mieszkańców w Dekszнie, tam urodzonych i wychowanych, tej pojemności nie przekraczają. Wyjątek stanowi rodzina L., która sprowadziła się do wioski przed 12 laty i rozszerzyła przemysł opieki psychjatrycznej do tego stopnia, że dziś posiada pod swoim dachem przeszło 40 chorych płci obojga. Rodzina ta składa się wprawdzie dziś już z 3-ch rodzin (2 rodziny potomne), zajmuje dziś już dwa domy i buduje 3-ci dom piętrowy, nie może ona

jednak własnemi siłami podołać podjętemu zadaniu i korzysta z pomocy najemnych sił pielęgniarskich.

Wioska posiada ogółem 35 zagród z domami mieszkalnemi, z których 33 mogą przyjmować chorych. Według informacji udzielonych mi przez prezesa Zarządu Kolonji sołtysa wsi Chaima Pieczkarnika, w Deksznach mogłoby znaleść pomieszczenie 252 chorych. Rozmieszczenie tych chorych byłoby możliwe w następujący sposób:

w	5	zagrodach	mogących	przyjąć	po	3-ch	chor.	zmieściłoby	się	15	chor.
„	5	„	„	„	„	4	„	„	„	20	„
„	2	„	„	„	„	5	„	„	„	10	„
„	5	„	„	„	„	6	„	„	„	30	„
„	3	„	„	„	„	7	„	„	„	21	„
„	6	„	„	„	„	8	„	„	„	48	„
„	4	„	„	„	„	10	„	„	„	40	„
„	1	„	„	„	„	12	„	„	„	12	„
„	1	„	„	„	„	15	„	„	„	15	„
„	1	„	„	„	„	41	„	„	„	41	„
w	33	zagrodach						zmieściłoby	się	252	chor.

W rzeczywistości w dniu 6. VI. zastałem w Kolonji tylko 117 chorych, w wielu bowiem domach były wolne miejsca.

Śród żywicieli Kolonji wytworzyła się niezdrowa konkurencja: każdy chciałby mieć u siebie jaknajwięcej chorych i wszyscy żywiciele, rozporządzający mniejszemi liczbami łóżek, patrzą zazdrosnem okiem na rodzinę L., która umiała sobie zdobyć aż 40 chorych, zapełniła wszystkie swoje rozporządzalne pomieszczenia i buduje nowy dom dla dalszych chorych. Przykład rodziny L. zachęca innych do pójścia tą samą drogą i należy się obawiać, iż dzisiejsza Kolonja stać się może zbiorowiskiem już nie osad żywicieli, ale zbiorowiskiem wielkich, tandetnie zorganizowanych zakładów psychjatrycznych.

Pomieszczenia chorych są wogóle bardzo skromne. Są to przeważnie pokoiki, mogące pomieścić 2, 3 lub nawet 4 łóżka. Przeważną część tych pokoików dzielą cienkie przepierzenia z desek, prymitywnie okutych. Wszystkie pokoiki posiadają podłogi drewniane, większość posiada okna własne, niektóre korzystają ze światła zapożyczonego z sąsiednich pomieszczeń przez ściany ażurowe.

Umeblowanie pokoików sypialnych jest bardzo skromne i prymitywne. Zazwyczaj ogranicza się ono do żelaznego lichego gatunku łóżka z siennikiem ze słomy. W pokojach

sypialnych chorzy spędzają z reguły tylko noc, we dnie przebywają z domownikami żywicieli na powietrzu lub w izbach jadalnych i kuchniach. Pomieszczenia mieszkalne chorych i ich żywicieli wyglądają schludnie. Zastałem je czysto pobielone i posprzątane, podłogi wymyte. Być może, że porządek ten miał w sobie coś odświętnego, ponieważ dokonywałem inspekcji Kolonji w sobotę, t. j. w dzień świąteczny Kolonji. Chorzy w Kolonji rekrutują się przeważnie z miast i miasteczek wojew. wileńskiego, nowogrodzkiego i białostockiego. Przeważają chorzy wyznania mojżeszowego i semici, aryjczyków spotkałem zaledwie kilku i odniosłem wrażenie, że przytomniejsi chorzy aryjczycy wyznań chrześcijańskich nie czuliby się dobrze w środowisku Kolonji, gdzie panuje język i obyczaj żydowski. Chorzy należą do obojga płci — i nikt nie troszczy się o to, aby przy rozlokowaniu ich w domach żywicieli był zachowany podział płciowy. Jest to jedna ze słabych stron Kolonji, którą dałoby się bez trudności usunąć, gdyby tylko Kolonję należycie zorganizować, ustalić dla niej regulamin i podać ją regularnemu nadzorowi.

Większość chorych stanowią łagodne postacie rozszczepienia psychicznego ze słabą skłonnością towarzyską i małą żywotnością socjalną, stosunkowo niewielki odsetek stanowią przypadki wrodzonych braków intelektualnych, oraz przypadki zaburzeń psychicznych przedstarczych i starczych. Spotkałem jedną chorą z ruchami atetotyczno-choreatycznemi, kilkoro dzieci niedorozwiniętych, kilku katatoników, nie spotkałem natomiast przypadków epilepsji, cierpień kiłopochodnych, oraz psychozy manjakalno-depresyjnej. Z wywiadów od żywicieli i Dra Wirszubskiego dowiedziałem się, że do Kolonji trafiają i takie przypadki, a w szczególności, że trafiają tam przypadki schorzeń organicznych i nawet przypadki ostrych zaburzeń psychicznych (np. manji), które w Kolonji dochodzą do zdrowia. Dane te byłyby dosadnim dowodem niewłaściwego doboru chorych w Kolonji, ponieważ Kolonja nie nadaje się dla przypadków, wymagających leczenia i stałej pielęgnacji zakładowej, a w szczególności przypadki ostre mogą doprowadzić w Kolonji do katastrofalnych wyników i pobyt ostrych chorych w Kolonji może zaszkodzić nie tylko chorym, ale także samej skądinąd dobrej idei.

Ruch chorych w Kolonji nie jest zbyt duży. Ilu chorych

przybyło do Kolonji w ciągu półrocza, ustalić nie mogłem. Opuściło Kolonję w okresie czasu od 1. I. do 6. VI. 1931 r. 9 osób, z tego 1 osoba po wyleczeniu się po przebytej psychozie ostrej, 1 została odwieziona do szpitala, jedna uciekła z Kolonji, 4 osoby odesłano do domów z powodu niezapłacenia kosztów i 2 osoby zmarły.

Rozmieszczenie chorych jest pozbawione planu i odbywa się zupełnie dowolnie, kierowane pogonią za zyskiem ze strony żywicieli. Osoby obrotniejsze mają u siebie więcej chorych, tłoczą ich u siebie bez liczenia się z pojemnością rozporządzalnych pomieszczeń, mniej obrotne mają u siebie puste pokoje. Naogół we wszystkich chatach są jeszcze wolne łóżka, wyjątek stanowi wspomniana już rodzina L., która natłoczyła u siebie przeszło 40 chorych, w tem 23 mężczyzn i 18 kobiet.

W Kolonji znalazłem dwie łaźnie, gdzie ludność miejscowa i chorzy przyjmowani pod opiekę mają możność oczyszczenia się w kąpieli parowej, a nawet wannach. Łaźnie te są urządzone bardzo prymitywnie w budynkach drewnianych, według obyczaju praktykowanego na naszych wschodnich kresach. Oprócz synagogi Kolonja w Dekszniach nie posiada żadnego budynku z większą salą, gdzie mogliby zbierać się chorzy dla celów rozrywkowych.

Na podstawie jednorazowej inspekcji Kolonji trudno wyrobić sobie dokładniejsze pojęcie o stosunku żywicieli i ludności Kolonji do przebywających tam psychicznie chorych. Z niezapowiedzianej wizyty w Dekszniach odniosłem wrażenie, że ludność miejscowa przedewszystkiem nie boi się chorych, że odnosi się do nich wyrozumiale i życzliwie. Niektóre rodziny zrobiły na mnie wrażenie bardzo pogodnych, poczciwych i sądzę, że mogą one opiekować się powierzonymi ich pieczy chorymi sumiennie i rozumnie.

Z rozmowy z kilkunastoma przytomniejszymi chorymi otrzymałem wrażenie, że czują się oni w Kolonji dobrze i swobodnie, że im tam nie dokuczają. W Kolonji spotkałem kilka osób, które przedtem przebywały w zakładach zamkniętych. Jednego z tych chorych znam osobiście z czasów jego pobytu w Tworkach. Mam wrażenie, że należycie dobrani chorzy znajdują odpowiedniejsze dla siebie warunki w Kolonji niż w zakładzie zamkniętym. Kolonja zbliża odpowiednio dobranych chorych z życiem społecznem, przełamuje ich autyzm

i ożywia ich zainteresowanie praktycznemi zagadnieniami życia wiejskiego, wymagającemi z ich strony inicjatywy i czynnego udziału.

Odległa o sześć kilometrów od wsi Dekсznie wioska Lejpuny poszła za przykładem Dekszni i mieszkancy jej w r. 1930 zaczęli także przyjmować do swoich chat psychicznie chorych. Tej nowopowstałej Kolonji w Lejpunach nie zdążyłem już odwiedzić dla braku czasu.

Dowiedziałem sie tylko, że jest to wioska mniejsza od Dekszni, bo posiada tylko 20 domów, z których 17 należy do kolonistów pochodzenia semickiego i 3 do litwinów. Lejpuny liczą sto kilkanaście głów ludności i narazie przebywa w tej wiosce tylko 8 chorych.

W wyniku inspekcji Kolonji dla psychicznie chorych we wsi Dekсznie dochodzę do następujących wniosków:

1. Kolonja w Dekszniach zasługuje na to, by się nią zaopiekowały czynniki rządowe, gdyż może ona w pewnej mierze złagodzić brak miejsc dla pomieszczenia psychicznie chorych na Wileńszczyźnie, zwłaszcza chorych wyznania mojżeszowego i przy prawidłowej organizacji może wzbogacić naszą terapję psychjatryczną metodami pedagogiki socjalnej, niedostępnemi dla zakładów zamkniętych z ich szablonem koszarowym.
2. Dotychczasowy rozwój Kolonji w Deksziach, mającej już swoją tradycję, daje nadzieję, że zdoła się ona utrzymać i będzie zdolną do dalszego rozwoju, należy ją jednak zasadniczo zreformować i zorganizować na zdrowych i psychjatrycznych podstawach.
3. Do najbliższych zadań w sprawie uporządkowania stosunków w Deksziach należy:
   a) ustalenie prawnej sytuacji Kolonji, która mogłaby być oparta na przepisach, dotyczących spółdzielni lub uzdrowisk,
   b) ustalenie nad Kolonją stałego fachowego nadzoru psychjatrycznego ze strony czynników państwowych. Sądzę, że nadzór taki mogłaby najłatwiej wykonywać dyrekcja państwowego zakładu psychjatrycznego w Wilnie, której przedstawiciel powinienby też wejść w skład Komisji regulaminowej Kolonji,
   c) w regulaminie Kolonji powinny być omówione następujące sprawy:

I. sprawa przyjmowania chorych do Kolonji, w szczególności sprawa kwalifikowania chorych, sprawa właściwego rozmieszczenia ich w Kolonji z uwzględnieniem pojemności poszczególnych domów, podziału płci i wyznaniowej ich przynależności.

II. Ustalenie przepisów, dotyczących żywicieli: ograniczenie liczby chorych, pozostających pod opieką jednej rodziny w taki sposób, iżby opieka nad tymi chorymi mogła być wykonana wyłącznie tylko własnemi siłami rodziny żywicielskiej i bez pomocy najemników. W związku z tą sprawą przedsięborstwo rodziny L., noszące cechy prywatnego zakładu psychjatrycznego, powinno być bezwzględnie zlikwidowane, o ile właściciel przedsiębiorstwa nie zechce się poddać przepisom dotyczącym lecznic.

III. Kolonja powinna posiadać odpowiedniego kierownika lekarskiego, zatwierdzonego na tem stanowisku przez władze nadzorcze (np. Urząd Wojewódzki). Przy dotychczasowej liczbie chorych w Kolonji sądzę, że wystarczyłby lekarz dojeżdżający do Kolonji raz na dwa tygodnie; w miarę zwiększenia się liczby chorych należałoby pomyśleć o częstszym kontakcie kierownika lekarskiego z Kolonją.

IV. Na koszta związane z zaangażowaniem lekarza jak również na ogólne potrzeby Kolonji żywiciele, przyjmujący chorych do swoich domów, powinni opłacać do Zarządu Kolonji stałe opłaty miesięczne, proporcjonalne do wysokości opłat, pobieranych za utrzymanie chorych.

4. Do ustalenia prawnych podstaw i regulaminu Kolonji należałoby powołać Komisję złożoną z członków obecnego Zarządu Kolonji z udziałem Dr. Wirszubskiego, jako obecnego lekarza Kolonji i dyrektora państwowego zakładu psychjatrycznego w Wilnie, jako przedstawiciela państwowej służby zdrowia.

5. Z praktycznych zadań administracji Kolonji wydają mi się najaktualniejszemi następujące:

a) zaprowadzenie księgi ewidencyjnej chorych w Kolonji i statystyki ruchu chorych,

b) przeprowadzenie badania wody i zamknięcie studzien niezdatnych do użytku,

c) budowa domu administracyjnego Kolonji, w której powinnyby znaleźć pomieszczenia:

I) pokój przyjęć dla lekarza Kolonji,
II) kancelarja dla Zarządu,
III) łaźnia z wannami i natryskami,
IV) większa salka dla celów rozrywkowych.

Sądzę, że oparcie Kolonji na dobrym fundamencie prawnym dałoby jej możność zaciągnięcia pożyczki dla szybkiego zrealizowania najpilniejszych potrzeb Kolonji.

La colonie des aliénés à Dekszaie.

Par le Dr. ŁUNIEWSKI.

L'auteur décrit ses impressions receuillies en visitant la colonie des aliénés à Dekszaie, petit village près de Vilno, comptant 200 habitants pour la plupart des juifs. Depuis 50 ans y existe le patronage familial pour des juifs atteints de troubles mentaux. Il y a à present 117 malades, dont le nombre peut atteindre le chiffre de plus de 250. Quelques familles nourrissent 10 — 15 pensionnaires, dans un cas même 40 personnes. Une commission de trois membres élus par les habitants du village, exécute les affaires administratives de la colonie, un aliéniste de Vilno visite les malades à Dekszaie deux fois par mois.

Spostrzeżenia psychjatryczne
zebrane zagranicą (27. X. do 3. XII. 1930 r.).

Skreślił B. ŚWIETŁOW.

Pierwszym krajem, który zwiedziłem w celach poznania urządzeń psychjatrycznych, była Belgja.

Zwróciłem szczególną uwagę na opiekę nad umysłowo chorymi w postaci t. zw. patronage familial. System ten, jak wiadomo, powstał pierwotnie w Belgji. Z biegiem czasu został zaakceptowany przez psychjatrów całego świata i obecnie stosowany jest wszędzie, gdzie istnieje odpowiednia organizacja.

W Belgji opieka nad umysłowo chorymi jest skoncentrowana w Ministerstwie Sprawiedliwości. M-r Georges Rens, wyższy urzędnik tego Ministerstwa, bardzo uprzejmie podał mi następujące informacje.

W Belgji — podług ostatnich statystycznych danych — żyje 8 milj. ludności. Liczba psychicznie chorych dochodzi tam mniej-więcej do 35.000, to znaczy, że na 1.000 mieszkańców przypada 4 umysłowo upośledzonych. Chorych, potrzebujących a pozbawionych opieki specjalnej, w Belgji niema. Z podanej powyżej ilości większa część umieszczona jest w zakładach, utrzymywanych z funduszów instytucyj dobroczynnych (przeważnie kongregacje katolickie).

Wszystkich szpitali dla umysłowo chorych jest około 50, przyczem liczba pacjentów w poszczególnych zakładach waha się między 100 a 700. Najwięcej chorych przebywa w kolonji w Gheel. Ministerstwo Sprawiedliwości utrzymuje kilka szpitali psychjatrycznych oraz zakłady w Mons, Tourrai i Reckheim (w tych ostatnich znajdują się przeważnie umysłowo chorzy przestępcy). Przy jednem z największych więzień w Brukseli urządzono centralny oddział dla obserwandów kryminalnych, o czem będzie później mowa. Zakładów prywatnych jest sześć. Obecnie budują w wielkim szpitalu Brugmann'a (na peryferjach miasta) oddział psychjatryczny dla 200 chorych.

Pierwszy zakład psychjatryczny, który zwiedziłem, była uniwersytecka klinika psychjatryczna, stanowiąca osobny oddział szpitala miejskiego na 400 łóżek (Hôpital Saint Jean), położonego w centrum miasta. Klinika, urządzona na 40 łóżek, znajduje się na t. zw. belétage i ma charakter (jak i cały szpital) staromodnej budowy. Ściany ubogie, podłoga zniszczona, łóżka i urządzenia zakładowe nie robią dobrego wrażenia. Oprowadzał mnie starszy asystent kliniki M-r Charles Fontaine. Później dyrektor kliniki, prof. Ley, dawał mi uzupełniające objaśnienia. Do kliniki dostają się świeże przypadki, które po 2-tygodniowej do 2 miesięcznej obserwacji i odpowiedniej segregacji przenoszą do innych zakładów.

Rocznie przechodzi przez klinikę około 330 osób (180 mężczyzn i 150 kobiet). Własnego laboratorjum klinika nie posiada, lecz korzysta z urządzeń odnośnych szpitala S. Jean. W suterenach znajdują się izolatki, które jednak nie są w użytku. Kaftany bezpieczeństwa są zarzucone. Podaje się znane środki nasenne i szeroko stosuje się malaryzację. Jedna wanna umieszczona na korytarzu służy do kąpieli. Lecznictwo nie wykazuje żadnych nowości. Djagnostykuje się według klasyfikacji Kraepelina. Stosunek ilościowy pielęgniarzy do chorych wynosi 1 : 6.

Służba pielęgniarska trwa 8 godzin dziennie.

Oprócz dyrektora w klinice ordynuje 2 lekarzy — jeden starszy asystent, drugi młodszy. Lekarze, którzy pragną poświęcić się psychjatrji, są zobowiązani jeden rok pracować w klinice psychjatrycznej i wtedy mogą dostać posadę lekarza w szpitalu psychjatrycznym.

Na utrzymanie kliniki łoży Ministerstwo Sprawiedliwości, Magistrat m. Brukseli oraz Uniwersytet. Opłata za pacjenta wynosi 35 fr. dziennie (około 7.— zł). Podziału na klasy niema.

Dla badania przestępców urządzono osobne oddziały przy więzieniu w Anwers i Gande (w r. 1921), w Brukseli (Forest) w r. 1922 i w Louvain (1923 r.).

We więzieniu Prison de Forest w Brukseli odsiaduje karę około 700 więźniów. Przed 10 laty urządzono przy więzieniu szpital dla więźniów psychicznie chorych (service de médecine mentale). W czasie mego zwiedzania przebywało w tym oddziale około 30 osób.

Oprowadzał mnie dyrektor Dr. Varvaeck (directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire de Belgique). Do tego oddziału kieruje się więźniów, podejrzanych o nienormalności psychiczne. Również sądy przysyłają oskarżonych o wątpliwej poczytalności na obserwację psychjatryczną. Lekarz - antropolog (resp. psychjatra sądowy), stwierdziwszy istnienie choroby umysłowej u więźnia, ma prawo przenieść go z więzienia do tego oddziału w celach kuracyjnych, o ile rokowanie jest pomyślne i wyzdrowienie więźnia może nastąpić w niedługim czasie. Badanie obserwandów na sali obserwacyjnej jest wzbronione. Istnieje specjalnie urządzone laboratorjum antropologiczne. Badania odbywają się także w gabinecie lekarza. Służba tego oddziału spełnia tylko rozkazy lekarza-kierownika. Pielęgniarzy jest czterech. Trzech zmienia się po 8 godzinnej pracy, a czwarty zastępuje urlopowanego lub pomaga lekarzowi przy badaniach antropologicznych. Dyżurny w razie potrzeby może dzwonkiem alarmowym przywołać służbę. Dyżurny ma do pomocy dwóch podsądnych (podług wyboru dyrektora i aprobacji lekarza). Nie wolno im wydawać kluczy. Obserwandzi znajdują się na jednej dużej sali, do której przytykają izolatki, gdzie przebywają niespokojni lub niebezpieczni (izolatka ma 40 m^3 pojemności). O przyjęciu obserwanda na oddział zawiadamia się sąd. Oddział jest urządzony na 30 łóżek — dla kobiet 5, dla mężczyzn 25.

Ciekawym jest fakt, że dwie trzecie ilości obserwandów stanowią cudzoziemcy. Obserwacja nie trwa dłużej niż 6 tygodni. Jeśli lekarz uzna zmniejszoną poczytalność podsądnego, to sąd apelacyjny może zgodzić się na dalszy pobyt takiego osobnika na oddziale w celach leczniczych. Laboratorjum, w którem bada się więźniów, urządzone jest w obszernym pokoju i zaopatrzone we wszystkie przyrządy potrzebne do badań antropologicznych (przyrząd podług modelu Dra Vervaeck'a jest o tyle wygodny, że nałożywszy go na głowę, można odrazu mieć wszystkie wymiary czaszki oraz kąt twarzy).

Na moją uwagę, iż jeden pielęgniarz na 25 osób nie może należycie dozorować wszystkich i w razie buntu jest narażony na niebezpieczeństwo, dyrektor odparł, że dotychczasowa praktyka wykazała, iż obawy nie są uzasadnione — dotąd nie było żadnego wypadku. Potrzeba instytucji okazała się tak wielka, że buduje się nowy piętrowy pawilon na 60 obserwandów.

Następnie udałem się do Gheel, gdzie niezwłocznie przyjął mnie dyrektor kolonji Dr. Sano (b. prof. psychjatrji w Anvers), który chętnie udzielił mi potrzebnych informacji.

O Gheel jako miejscu kuracyjnem dla psychicznie chorych istnieje następująca legenda.

W końcu VI-go wieku Dymphne, córka króla Islandji, przybyła do Gheel ze swoim kapłanem-spowiednikiem Zerebern'em. Królewna uciekła od ojca, który domagał się od niej stosunków cielesnych. Król w pogoni za córką znalazł ją w Gheel i tu kazał żołnierzom uśmiercić kapłana spowiednika, a córce własnoręcznie ściął głowę. Do grobu tej męczennicy zaczęli uczęszczać różni chorzy, m. in. dużo ludzi chorych na umyśle. Nieszczęśliwi ci nieraz podczas modlitwy doznawali ulgi i przychodzili do zdrowia, a potem roznosili po kraju wieść o cudzie. Obok mogiły Dymphne'y wzniesiono kościół i przybudowano do niego kilka cel, w których umieszczono pątników dotkniętych chorobą umysłową, jeżeli wyzdrowienie nie nastąpiło od razu (zieken-kamer). Od owych czasów ludność Gheel'u przyzwyczaiła się do obcowania z umysłowo chorymi.

Dawniej chorych pielęgnowały zakonnice. Trwało to do 1852 roku, kiedy dozór nad psychicznie chorymi przeszedł do kompetencji lekarzy. Dekretem królewskim dyrektorem kolonji był naznaczony lekarz.

W 1862 r. zbudowano zakład dla 60 osób; później powiększono go na 100 łóżek. Chorzy są rozmieszczeni w czterech pawilonach: dwa pawilony (każdy na 25 osób, jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet) stanowią oddziały dla obserwacji: tu przyjmuje się nowych pacjentów, których po segregacji przenosi się na inne pawilony.

Klasyfikacja, którą posługują się w kolonji Gheel, przyjęta jest oficjalnie we wszystkich szpitalach psychjatrycznych na żądanie Ministerstwa Sprawiedliwości i przedstawia się w następujący sposób.

Klasyfikacja.

Folies simples:

1. Manie.
2. Mélancolie.
3. Délire hallucinatoire. Délire généralisé. Confusion mentale. Démence aigue.
4. Paranoia. Délire des persécutions de toutes formes. Délire partiel mégalomaniaque, réligieux, etc.
5. Folie circulaire, intermittente périodique, psychose maniaque dépressive.
6. Démence simple y compris la démence précoce.

Folies névrosiques:

7. Folie épileptique.
8. Folie hystérique.
9. Folie choréique.
10. Folie neurasthénique.

Folies toxiques ou infectieuses:

11. Folie alcoolique.
12. Folie morphinique.
13. Folie cocaïnique, éthérique ou autre. Toxicomanie.
14. Folie infectieuse.

Folies organiques:

15. Paralysie générale. Folie paralytique. Démence paralytique.
16. Syphilis cérébrale.
17. Démence sénile. Ramollissement. Tumeurs cérébrales et autres afections organiques.

Folies dégénératives:

18. Folie morale.
19. Parapsychie. Folie dégénérative proprement dite. Folie d'obsession. Folie impulsive.

20. Dégénérescence mentale simple. Dysharmonie. Déséquilibration.

Arrêt de développement psychique:

21. Insuffisance et débilité psychique.
22. Imbécillité.
23. Idiotie.
24. Autres formes non spécifiées.
25. Non aliénés.

W t. zw. pawilonie centralnym, mieszczącym dwa oddziały (jeden męski, drugi żeński), znajdują się pacjenci, którzy wobec obostrzenia stanu psychicznego nie mogą pozostawać w opiece rodzinnej i potrzebują pomocy lecznicy psychjatrycznej. Również z powodu choroby cielesnej przenosi się chorych do tych oddziałów („hospitalisation").

Prócz wymienionych budynków szpital (infirmérie) posiada pawilony administracyjne, domy mieszkalne dla lekarzy (6 lekarzy, excl. dyrektora) i urzędników, oraz szkołę dla anormalnych dzieci (w roku 1923 było 160 dzieci oraz 3 nauczycielki).

Przy szpitalu znajduje się prosektorjum z laboratorjum patologo-anatomicznem.

Ogólna liczba mieszkańców Gheel wynosi przeszło 18.000, ilość chorych, powierzonych opiece rodzinnej, dochodzi prawie do 3.000. Kolonja podzielona jest na sekcje: na czele każdej sekcji stoi lekarz, który do dyspozycji swojej ma dwóch dyplomowanych pielęgniarzy, dla kobiet pensjonarek przeznaczona jest specjalna pielęgniarka i dla dzieci anormalnych także jedna pielęgniarka. Każda sekcja posiada swoją łaźnię, gdzie pacjenci kąpią się raz w tygodniu.

Po przeprowadzonej obserwacji oddaje się chorego w opiekę rodzinną. Każda rodzina może mieć nie więcej niż dwóch chorych (jednakowej płci). Pokój przeznaczony dla chorego winien mieć minimalne umeblowanie składające się z łóżka, 3 kołder, krzesełka, stolika i naczynia nocnego. Każdy chory posiada książeczkę, w której notuje się ilość bielizny będącej w jego posiadaniu. Personel kolonji oraz kapelan notują swoje wizyty kontrolne w osobnym zeszycie.

Pozatem kontrolują dyrektor, lekarze, komitet stały złożony z lekarzy kolonji, burmistrza miasta Gheel, jednego urzędnika miejskiego i 3 członków naznaczonych przez Ministerstwo Sprawiedliwości, — wreszcie komisja wyższa (Commission supérieure)

składająca się z gubernatora prowincji, prokuratora, kantonalnego sędziego pokoju, burmistrza i księdza dziekana z Gheel. Komitet stały wyznacza nagrody i specjalne remuneracje tym gospodarzom, którzy odznaczają się nadzwyczajną troskliwością i serdecznością względem chorych. Chorzy jadają razem z rodziną gospodarza i spędzają swój czas w otoczeniu rodziny chlebodawcy. Przy rozmieszczaniu chorych uwzględnia się ich pochodzenie oraz warunki życiowe, do których dawniej byli przyzwyczajeni, to znaczy — mieszczanin mieszka u obywatela w centrum miasta, chłop ze wsi idzie do rolnika, rzemieślnik do majstra rzemieślniczego itp. Wszyscy pacjenci mają wolne wyjście (system no restraint). Napojów wyskokowych nie wolno im podawać. Pacjenci muszą być w domu zimą o godzinie 4 tej po południu, w lecie o godz. 8-ej wieczorem.

Ilość zwolnionych z kolonji w stanie wyleczenia wynosi 25 proc. Ministerstwo Sprawiedliwości wydaje na utrzymanie każdego chorego 10 fr. 50 c. dziennie; z tych funduszów dyrekcja płaci gospodarzowi za pracującego chorego 7 fr. 30 c., za niepracującego 7 fr. 60 c. i za niechlujnego i epileptyka 8 fr. 60 c. Różnicę, która wynosi 2 do 3 fr. od osoby, zakład bierze za dostarczone ubranie, obuwie i bieliznę. Prócz niezamożnych pacjentów (liczba ich wynosi przeszło 2.000) przebywa w Gheel znaczna ilość (przeszło 700) pacjentów zamożnych. Za nich płacą krewni lub instytucje ubezpieczeniowe (5.000 do 14.000 fr. rocznie plus 15 proc. za opiekę zakładowo-lekarską). Między tymi jest dużo cudzoziemców (niemcy, anglicy, holendrzy itp.). Bogaci chorzy zajmują nieraz całą piętrową willę z luksusowem umeblowaniem i prywatną obsługą.

Duszpasterstwo wykonują: kapłan katolicki, pastor protestancki oraz rabin. Lekarz musi wizytować swoich chorych przynajmniej raz na miesiąc, pielęgniarze odwiedzają chorych raz w tygodniu.

Śmiertelność nie przewyższa 4 proc. W lecznictwie stosuje się najnowsze metody i środki. Na pierwszem miejscu stoi psychoterapja, którą — jak widzimy ze sprawozdań — uprawiają nietylko lekarze, lecz także mieszkańcy miasta Gheel.

Cała atmosfera Gheel'u przepojona jest — sit venia verbo — fluidem idącym od serca mieszkańców do serca pacjentów. Tworzy on nierozerwalny związek między chorym a zdrowym. Wza-

jemne zaufanie i życzliwość cechuje stosunki między pacjentami a mieszkańcami miasta.

Nadzwyczaj uprzejmym i niestrudzonym przewodnikiem był mi dyrektor kolonji prof. Dr. Sano, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

Z Belgji udałem się do Francji. Ogólna liczba psychicznie chorych we Francji wynosi według opinji Dra Toulouse'a 100.000 osób. W zakładach psychjatrycznych znajduje się przeszło 80.000. Departament Sekwany utrzymuje 15.000 chorych. Francja posiada ogółem zakładów i lecznic publicznych i prywatnych dla chorych psychicznie około 120, z tych 6 szpitali znajduje w Paryżu, wzgl. pod Paryżem. Do t. zw. szpitali departamentalnych (Asiles departamentales), w ogólnej liczbie 57, należy klinika psychjatryczna w Sainte Anne oraz Villejuif, które zwiedziłem.

Dokładny opis organizacji spraw psychjatrycznych zająłby dużo miejsca. Kto się interesuje tą kwestją, temu polecam książkę Dra J. Raynier i H. Beaudouin p. t. „L'Aliéné et Les Asiles d'Aliénés, Paris 1930.

Utrzymanie 80.000 chorych kosztuje rocznie 300.000.000 franków.

W Paryżu w ciągu 2 tygodni uczęszczałem na wykłady prof. Guillain'a, dyrektora Kliniki Neurologicznej pod wezwaniem Charcot'a w Salpetrière.

Imię wielkiego neurologa francuskiego, olbrzymi obraz pendzla de Ton-Robert-Fleury'ego zajmujący całą ścianę, przedstawiający Pinel'a w chwili, gdy zdejmuje kajdany z rąk kobiety psychicznie chorej, wykładający klinicysta tej miary co prof. Guillain — wszytko to działa suggestywnie i imponuje cudzoziemcowi.

Profesor demonstruje chorych szpitalnych, przyczem wywiad i status podaje lekarz obserwujący. Profesor bada pacjenta i po zbadaniu rozpoczyna dyskusję, w której może brać udział każdy lekarz obecny na sali. W ambulatorjum neurologicznem profesor zaprasza lekarzy cudzoziemców i wojskowych, którzy przechodzą specjalny kurs neurologji i psychjatrji, niby to na konsyljum. Wywołuje to niepokój u wezwanego, lecz dzięki uprzejmości profesora konsyljum kończy się dla lekarza nawet mało doświadczonego bez przykrości.

Klinika pod wezwaniem Charcot'a mieści się w dużym piętrowym budynku Salpetrière. Budynek jest starszy, z oświetleniem gazowem, ogrzewaniem za pomocą dużych żelaznych

pieców, i zawiera przeszło 100 łóżek (dla kobiet i mężczyzn). Przy klinice istnieje laboratorjum patologo-anatomiczne oraz biochemiczne.

Wśród licznych metod leczenia nie znalazłem nic takiego, czegobyśmy nie używali w Polsce. W fizjoterapeutycznym oddziale Dra Bourgignon'a słyszałem, że pacjenci z organicznem porażeniem (np. hemiplegia nieświeża) mówili o polepszeniu, które — jak tłumaczył lekarz tam pracujący — związane jest z użyciem t. zw. metody jonizacji.

Jonizację stosuje się nietylko w przypadkach porażenia, lecz również i przeciw bólom, naprzykład w różnych newralgjach. Szeroko stosuje się djatermję, franklinizację, prądy D'Arsonval'a oraz radjoterapję.

Oprócz kliniki neurologicznej zwiedziłem klinikę psychjatryczną prof. Claude'a w szpitalu St. Anne. Pokazywał klinikę zastępca prof. Claude'a doc. Dr. Lévy-Valensi, który wykłada psychjatrję raz na dwa tygodnie na zmianę z prof. Claude'em. Klinika mieści się w dwupiętrowym, starym i niepokaźnym budynku. Liczba chorych wynosi 200 (130 kobiet i 70 mężczyzn).

Pokoje, w których leżą pacjenci, mają mało światła, sufity są niskie, łóżka stoją ciasno obok siebie, czystość jest zadowalniająca. W klinice zatrudnionych jest 4 lekarzy i 2 internistów, 40 osób personelu pielęgniarskiego. Stosunek liczbowy personelu do chorych przedstawia się 1 : 5.

Dzień pracy dzieli się na trzy okresy tak, że każda grupa pracowników pracuje 8 godzin. Pobory pielęgniarza po 8 do 10 latach służby wynoszą 880 fr. miesięcznie. Docent Lévy-Valensi podał, iż jego pobory nieznacznie przewyższają gażę pielęgniarki (na męskim oddziale zatrudnia się kobiety).

Klinika posiada laboratorjum patologo-anatomiczne, laboratorjum serologiczne i chemiczne oraz gabinet elektrycznych przyrządów i promieni Roentgena. Na czele każdego laboratorjum stoi chef de laboratoire.

W klinice rejestruje się chorych według następującej klasyfikacji.

I. Maladies mentales d'évolution.

II. Maladies mentales constitutionelles (constitution expansive-dépressive, constitution émotive, imaginative, désagrégative).

III. Maladies mentales acquises.

Toxiinfections.

Intoxications (auto-intoxications).
Heterointoxications (alcoolisme, morphinisme etc.)
Infections aigues.
Délire fébrile.
Infections chroniques.
Tuberculose, syphilis (paralysie générale etc.).
Infections du système nerveux.
Encéphalite épidemique.
Maladies nerveuses non infectieuses.
Tumeurs cérébrales.
Hmorragie, artrio-sclrose crbrale etc.
Traumatisme crânien.

IV. Maladies mentales d'involution.
Démence sénile.

Szpital Villedejuif urządzony jest na 1500 łóżek. Kiedy przyszedłem do zakładu (o 1,30 po południu), w szpitalu nie było ani jednego lekarza. Dopiero po długiem czekaniu spotkałem lekarza, który pokazał mi tylko swoich chorych (330). Lekarzem tym był Dr. Guirot, autor podręcznika psychjatrji (Dide i Guirot). Chorzy są rozmieszczeni w dużych, obszernych salach. Uderza niedostateczność światła. Naogół pacjenci znajdują się w niezłych warunkach. Personel pielęgniarski liczy około 500 osób, t. zn. stosunek ilościowy personelu do chorych przedstawia się jak 1:3. Trzy czwarte pielęgniarek jest zamężnych. Większość służby mieszka poza obrębem zakładu. Pielęgniarze pracują na trzy zmiany (équipes). Wynagrodzenie wynosi od 800 fr. miesięcznie. Lekarzy jest 5, każdy dostaje od 1. 10. 1930 r. około 60.000 fr. rocznie. Dyrektor szpitala nie jest lekarzem. Lekarze są samodzielni i pracują niezależnie od dyrektora i jeden od drugiego. Dr. Guirot podał mi, że ma różnych chorych (świeżych, obłożnych i niespokojnych). Rocznie ma 150 przyjęć, zejść w zeszłym roku było 46.

Pomaga mu studentka medycyny w charakterze asystentki w laboratorjum, które sam dla siebie urządził.

W sąsiedztwie kliniki prof. Claude'a istnieje szpital Henri Roussel, t. zw. centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale. Osobliwa ta instytucja zasługuje na szczególną uwagę. Do jej utworzenia przyczynił się w wielkim stopniu Dr. Toulouse. Idea tej instytucji powstała w Ameryce, gdzie w roku 1909 ukonstytuował się komitet narodowy higieny psychicznej (Comité National

d'Hygiène Mentale). W roku 1920 Dr. Toulouse założył we Francji Ligę Higieny Psychicznej (La Ligue d' Hygiène Mentale), a w roku 1922 zorganizował Le Service Libre de Prophylaxie Mentale, jako L'Hôpital Psychiatrique Henri Roussell. Szpital ma 200 łóżek w 3 oddziałach: pierwszy oddział obserwacyjny — oddział leczniczy, oddział eksploracyjny. Główną cechą, odróżniającą szpital od innych zakładów tego rodzaju, jest okoliczność, że do tego szpitala przyjmuje się psychicznie chorego bez świadectwa lekarskiego i bez innych formalności, bez wyznaczenia terminu pobytu chorego w szpitalu.

Przy szpitalu istnieją następujące pracownie: chemiczna, serologiczna i bakterjologiczna, elektrologiczna, radjologiczna, fizjologiczna, psychologiczna, psychotechniczna i anatomo-bakterjologiczna. Prócz psychoneurologów badają pacjentów i lekarze innych specjalności jak interniści, chirurdzy, okuliści, dentyści, oto — rhinolaryngolodzy, wenerolodzy i dermatolodzy. Badania (n. p. krwi), porady lekarskie są bezpłatne, również pacjent może otrzymać pomoc prawniczą. W razie potrzeby chory może otrzymać pomoc lekarską bezpłatnie i w domu. Na oddziale obserwacyjnym pacjenci są pod kluczem.

Jakkolwiek chory wstępuje do szpitala z własnej woli, to wyjść stąd w każdej chwili nie może, jeśli lekarze uważają, że zwolnienie byłoby zawczesne. W takim wypadku chorego uprzedzają, że w razie jego niezgody na dalszy pobyt w szpitalu, będzie umieszczony przymusowo w innym zakładzie psychjatrycznym. Wszędzie praca wre, wielu lekarzy i studentów zajmuje się badaniem chorych. W przedsionkach mnóstwo osób czeka na swoją kolej. Z tego można wnioskować, iż ta nowa instytucja psychjatryczna cieszy się dużem zaufaniem tak u chorych jak u ich krewnych i przyciąga do siebie ludność. Najważniejszem zadaniem instytucji jest, jak głosi Dr. Toulouse, wynajdywanie sposobów ochrony mózgu człowieka od wszelkich szkodliwości pochodzących: czy to ze szkoły, czy z pracy, czy z rozrywek; cywilizacja zależy od sprawnej działalności mózgu.

Na zlecenie Pomorskiego Starostwa Krajowego, w celach zapoznania się z opieką rodzinną we Francji, pojechałem na południe, gdzie w odległości 250 klm od Paryża znajduje się kolonja dla psychicznie chorych we wsi Don sur Auron. Kolonja istnieje od 1892 r. Założycielem jej jest były dyrektor St. Anne, Dr.

Auguste Marie, autor licznych prac naukowych, między niemi książki w 2 tomach, traktującej o psychologji patologicznej.

Z Paryża trzeba jechać koleją do Bourges i stamtąd do kolonji 28 klm autem.

Infirmerja zbudowana i urządzona jest na wzór kolonji belgijskiej w Gheel — prototypu kolonji francuskiej. Różnica polega na tem, że w Don sur Auron mieszkają tylko kobiety; w chwili, kiedy wieś zwiedzałem, były tam 1132 pacjentki. Jeden pawilon na 60 osób jest przeznaczony dla osób znajdujących się pod obserwacją, drugi dla obłożnie chorych i słabych. W Kolonji zatrudnionych jest (razem z dyrektorem) 5 lekarzy. Dyrektor Dr. Parturel, w dniu mojej obecności w Don, wyjechał był w celu wizytacji anneksów kolonji, które znajdują się w innych wsiach: Levet, Nizerolles, Cilly, Osmery i Bourdelains (4 do 41 km oddalone od Don sur Auron) tak, że ogólna liczba osób psychicznie chorych, znajdujących się w opiece rodzinnej, dochodzi do 3000.

Jeden lekarz mieszka w Levet, drugi w Bourdelains. Pokazywał kolonję i dawał informacje zastępca dyrektora Dr. Chanès. Personel pielęgniarski w Don sur Auron stanowią dwie pielęgniarki i jeden pielęgniarz. Pacjentki pochodzą z rodzin ubogich, wobec tego warunki bytu są dla wszystkich chorych jednakowe. Żywiciel nie może mieć więcej niż dwie pacjentki. Wszędzie, gdzie byłem, stwierdziłem, że chore miały dość obszerne pomieszczenie, odpowiednio umeblowane i dobrze utrzymane. Każda pacjentka ma osobistą książeczkę, gdzie notuje się opłaty za chorą, i gdzie personel notuje swoje odwiedziny.

Żywiciel, odznaczający się specjalną umiejętnością w obchodzeniu się z chorymi, dostaje, prócz zwykłej, dodatkową remunerację lub premje. Zewnętrzny wygląd pacjentek wzgl. pacjentów (których było 16) oraz wrażenie z rozmów z nimi uprawnia do wniosku, iż chorzy czują się dobrze i odnoszą się do swoich żywicieli, jak do rodziny. Klasyfikacja chorób, której używają lekarze w kolonji, jest mniejwięcej ta sama, co w klinice psychjatrycznej prof. Claude'a.

Prócz szpitali i kolonji zwiedziłem dwa sanatorja. Pierwsze należy do Dra A. Marie w Château de Grignon, urządzone na 50 osób (nerwowo i umysłowo chorych). Najniższa opłata za pacjentów wynosi 80 fr. dziennie. Sanatorjum znajduje się w odległości 9 km od Paryża (dojazd koleją ½ godziny) w zacisznym parku i robi wrażenie pałacu wiejskiego. Pokoje i salony są

ładnie udekorowane. Sanatorjum jest wyposażone we wszelkie nowe aparaty do elektro-hydroterapji. Kierownictwo spoczywa w ręku Dra A. Marie, któremu pomaga lekarka.

Drugie sanatorjum, które oglądałem, było „Malmaison", zbudowane w 1911 — 1912 r. na terenie, obejmującym 6 hektarów. Sanatorjum ma 5 pawilonów. Ogólna liczba łóżek wynosi 75. Służbę lekarską pełni 3 lekarzy i 2 internów, prócz tego kierownik laboratorjum. Sanatorjum posiada najnowsze aparaty fizjoterapeutyczne. Utrzymanie razem z kuracją (leki i zabiegi lek.) kosztuje 5400 fr. od osoby. Za leczenie narkomanów płaci się 8000 do 9000 fr. Pod względem opieki lub kuracji sanatorja wspomniane nie przedstawiają nic osobliwego. Mają one wszelki możliwy komfort, sportowe urządzenia, radjoaparaty itp. do usług zamożnych pacjentów.

Przy stosowaniu rozmaitych sposobów kuracji okazała się jedyną metodą pożyteczną t. zw. metoda zajęciowa. Dyrektor Dr. Beur, który pokazywał mi sanatorjum, twierdził, że niestety wszelkie starania lekarzy w tym kierunku zawiodły, albowiem pacjenci rekrutują się ze sfer zamożnych i chętnie poddają się każdej kuracji tylko wtedy, gdy nie wchodzi w rachubę czynnik w postaci pracy, na którą patrzą jak na robociznę.

Z Francji udałem się do Genewy, gdzie zwiedziłem uniwersytecką klinikę psychjatryczną „Bel Air", położoną na przedmieściu i otoczoną pejsażem o wysokiej malowniczej wartości.

Prócz głównego administracyjnego budynku do kliniki należy 5 pawilonów, w których umieszczonych jest około 400 chorych (kobiet 227, mężczyzn 166). Poszczególne pawilony przeznaczone są: 1) dla spokojnych (drzwi otwarte), 2) infirmerji, 3) obserwacji, 4) dla niespokojnych. Oprócz dyrektora kliniki (profesora) pełni służbę lekarską dwóch asystentów, dwóch internów stałych i jeden zastępca lekarzy urlopowanych oraz lekarz-dentysta; i to przy pomocy dwóch dozorców i dwóch dozorczyń (właściwie dozorcy i poddozorcy, dozorczyni i poddozorczyni). Pielęgniarski personel liczy około 100 osób; na jednego pielęgniarza przypada 4 chorych. Pielęgniarze pracują 60 godzin, a rzemieślnicy 48 godzin w tygodniu, to zn., że przeciętnie pielęgniarz dziennie pracuje 10 godzin (jedzenie włącznie). Pielęgniarski personel spożywa jedzenie w osobnych ubikacjach. Prof. Ladame przywiązuje do tej praktyki wielką wagę, bo uważa, że w interesie sprawności służby pielęgniarz powinien odżywiać się w normal-

nych warunkach. Nocny dozór trwa od godziny 8-mej wieczór do 6-ej rano. Pielęgniarz notuje w zeszycie (cahier de garde) wszelkie zajścia, które miały miejsce w czasie jego służby. Nocną służbę kontrolują dozorcy, dozorczynie i lekarze. Tłumaczenie się w rodzaju „je ne savais pas, j'ignorais telle chose, on ne m'avait rien dit" nie są dopuszczalne. W klinice są stosowane wszelkie znane nam metody lecznicze. Z narkotyków podaje się najchętniej scopolaminę, luminal, somnifen w stanach podniecenia, stosuje się również długotrwałe kąpiele. Profesor Ladame przyszedł do przekonania, że kontrolowanie temperatury w wannie jest dla pielęgniarzy zbyt trudnem zadaniem, więc skonstruował aparat umożliwiający odczytywanie ciepłoty wody w każdej chwili za pomocą termometra, znajdującego się w rurce z okienkiem na pewnej wysokości.

Z inowacji, która raczej jest restauracją, zasługuje na uwagę urządzenie krat w niebrzydkim rysunku na piętrze na oddziele dla niezupełnie spokojnych chorych. Kraty mogą być usunięte każdej chwili, jak również na każde zawołanie wyciągnięte i umocowane na klucz. W celach usunięcia wstrętnego zapachu panującego w komorach na przechowanie rzeczy pacjentów — wprowadzono specjalną wentylację oraz wywiercono dziury w szafach. Pobory pielęgniarzy są dość korzystne, dozorca dostaje rocznie 5160 do 6360 fr., pielęgniarz wzgl. pielęgniarka otrzymuje 3600—4800 fr. Z tego potrąca się za pokój i pranie bielizny 25 fr mies., utrzymanie wynosi 3 do 5 fr. dziennie. Osoba przyjęta na trzy- miesięczną próbę dostaje 250 franków miesięcznie.

Choroby rozpoznaje się według następującej klasyfikacji.

I. Idiotie.
II. Psychopathie.
Débilité mentale.
III. Paranoia.
Hébéphrénie.
Mélancolie.
Démence précoce (schizophrénie).
Demence paranoïde.
Manie dépressive.
IV. Paralysie générale.
Lues cérébrale.
Démence sénile.
Démence traumatique.

V. Encéphal. — hémorrag.
Troubles épileptiques
VI. Alcoolisme chronique
Korsakoff
Délire d'infection.

Następnie udałem się do Sanatorjum Beau Séjour w Genewie, gdzie istnieje instytut psychoterapeutyczny, posiadający najnowsze aparaty dla psychoterapji.

W Zurichu zwiedziłem kantonalny zakład i zarazem klinikę uniwersytecką w Burghölzli. Klinika i administracja zakładu znajdują się we wspólnym obszernym budynku, w którym mieszczą się wszystkie oddziały dla psychicznie chorych. Obsada wynosi przeszło 400 chorych.

Na każdego lekarza przypada 25—30 pacjentów. Informował mnie po polsku Dr. Friedmann, pochodzący z Polski. Kierownik kliniki prof. Meyer (Bleuler opuścił katedrę i rzadko bywa w klinice) nie był obecny. O Burghölzli, o przestarzałej budowie i urządzeniach (kraty, cele itp.) pisał swego czasu w Nowinach Psychjatrycznych (1925) dyrektor Zakładu Dziekanka Al. Piotrowski Cele w czasie mej wizyty były próżne. Lekarze odwiedzają oddziały dwa razy dziennie, w przeciwieństwie do praktyki stosowanej w szpitalach francuskich.

W instytucie neurologicznym, którego kierownikiem był prof. Monakow, obecny jego kierownik prof. Minkowski pokazywał mi laboratorjum, gdzie przechowuje się ogromną ilość preparatów zrobionych własnoręcznie przez prof. Monakow'a.

Instytut nie posiada łóżek szpitalnych i neuropatologję prof. Minkowski wykłada w ambulatorjum.

W drodze powrotnej do Polski zatrzymałem się na parę dni we Wiedniu i zwiedziłem klinikę psychjatryczną uniwersytecką prof. Pötzla i zakład „Am Steinhof".

Klinika znajduje się w dużym starym budynku (wybudowanym mniejwięcej przed 50 laty, na długi korytarz wychodzi cały szereg sal). Okna są zakratowane, co nadaje klinice wyraźny charakter więzienno- koszarowy.

Na oddziale psychjatrycznym przebywa około 300 chorych, na oddziale dla nerwowo chorych około 80. Na salach z obsadą męską pracują pielęgniarki. Każdemu lekarzowi asytentowi przydzielono 15 do 20 chorych. Stosuje się szeroko malarję i wszelkie inne nowoczesne metody lecznicze. Bogato wyposażony

oddział fizykoterapeutyczny pokazała mi lekarka pani Brünner i zwróciła moją uwagę na ten fakt, że niedawno zaczęto stosować diatermję w melancholji, jak okazało się, z dobremi wynikami. Zauważono, że diatermja w znacznym stopniu łagodzi stan melancholijny.

Kierownik patalogo-anatomicznego laboratorjum, profesor R. Ekonomo, w chwili mej wizyty był zatrudniony urządzeniem swego laboratorjum w odnowionych ubikacjach i bardzo uprzejmie informował mnie o instytucie swoim.

Z kliniki udałem się do „Steinhof". Tramwajem jedzie się godzinę. Dyrektor Dziekanki Al. Piotrowski w notatkach o bytności swojej zagranicą pisze w Nowinach Psychjatrycznych (1925) dosłownie: „Największe moje zainteresowanie wzbudził zakład olbrzym Am Steinhof pod Wiedniem" i prawda, zakład ten tak różni się od innych zakładów, że zasługuje na powtórną wzmiankę.

Steinhof, zbudowany w r. 1905 — 1907, leży w malowniczej okolicy niedaleko Wiednia. Główny front wychodzi na południe. Wszystkich budynków (25 pawilonów, reszta zabudowania gospodarcze) jest około 60. Teren, na którym stoją gmachy zakładu, wynosi 768 000 kwadratowych metrów. Budynki rozłożone są symetrycznie. Szpital posiada pawilony obserwacyjne, pawilony dla spokojnych, pawilony dla półniespokojnych, pawilony dla niespokojnych, pawilony dla obłożnie chorych, dwa pawilony dla zakaźnych pacjentów, jeden dla kryminalnych i jeden pawilon dla chorych zatrudnionych przy gospodarstwie zakładowem. Obok zakładu istnieje sanatorjum, w którem znajdują się somatycznie chorzy, przeważnie cierpiący na płuca. Pawilony połączone są elektryczną kolejką, która kursuje na całym terenie zakładu. Jeszcze rok temu liczba pacjentów wynosiła 3.300, obecnie (w grudniu 1930 r.) ilość chorych wzrosła do 3.800, incl. alkoholików umieszczonych osobno. Przybywają oni do zakładu dobrowolnie i w ten sam sposób opuszczają zakład. Każdy pawilon ma ogród 3.000 do 4.000 metrów kwadratowych obszerny. Cały szpital jest otoczony murem wysokości 2,7 — 3,0 metrów, mur ciągnie się na przestrzeni 3,7 km. Tylko przy wejściu są kraty na linji 330 metrów. Nad zakładem dominuje kościół katolicki. Również chorzy innych wyznań, protestanci i żydzi, mają sposobność do praktyk religijnych. Odbywają się dla nich regularnie nabożeństwa.

Jak wszędzie, tak i w Steinhof stosuje się psychoterapję i terapję zajęciową (liczba pracujących chorych wynosi 40%). W stanach podniecenia stosuje się środki uspokajające, w depresji i w stanach lęku kładzie się chorych do łóżka i podaje opium. W paraliżu postępującym odgrywa główną rolę malarjoterapja, w epilepsji brom, djeta etc. Na oddziałach dla chorych niespokojnych istnieją kraty zamaskowane szkłem 12 mm grubości i około 200 łóżek osiatkowanych. Z powodu braku miejsca 400 pacjentów leży na podłodze (śpią na siennikach). Chorzy gwałtowni przebywają w celach (80 cel po 60 metrów kwadratowych).

Śmiertelność wynosi 15 proc.

Szpital posiada gabinet elektroleczniczy, rentgenologiczny, lampę kwarcową, naświetlanie żarówkowe, urządzenie hydroterapeutyczne i salę gimnastyczną.

Chorych segreguje się według następującej klasyfikacji:

I. Angeborener Schwachsinn. Imbecillität, Idiotie.
II. Melancholie (melanch. Zustände).
III. Manie (Manisches Zustandsbild).
IV. Verwirrtheit, Amentia acuta, Psychose, Infections-Intoxications-Delir.
V. Paranoia (Paranoia, Schizophrenia).
VI. Periodische Psychose.
VII. Erworbener Blödsinn.
VIII. Progressive Paralyse.
IX. Epileptische Geistesstörung.
X. Hysterische Geistesstörung.
XI. Neurasthenische Geistesstörung.
XII. Geistesstörung mit Herderkrankung des Gehirnes (Tumor, Lues, Arteriosclerosis).
XIII. Geistesstörung der Pelagra.
XIV. Chronischer Alkoholismus.
XV. Morphinismus, Cocainismus etc.
XVI. Simulation.
XVII. Sine morbo psychico (alkoholizm i epilepsja bez psychicznych zaburzeń).
XVIII. In Observation.

Wnioski, do których przychodzę na podstawie doznanych przezemnie wrażeń i rozważań, dadzą się sformułować w następująych zdaniach.

Większość psychjatrycznych instytucyj, które zwiedziłem zagranicą, nie dorówna zakładom psychjatrycznym w zachodniej części Polski ani zewnętrznym wyglądem, ani wewnętrznem urządzeniem Niektóre, np. kliniki psychjatryczna w Brukseli, klinika neurologiczna Charcot'a w Paryżu, wyglądają ubogo a nawet prymitywnie (nie mają jeszcze centralnego ogrzewania ani elektrycznego oświetlenia).

Ze szpitali bezprzecznie pierwsze miejsce zajmuje zakład „Am Steinhof". Jeżeli widzimy chorych, leżących na siennikach na podłodze, to nie wina dyrekcji, lecz skutek przepełnienia, a to jest vis maior.

Na osobnem miejscu stoi kolonja psychjatryczna w Gheel, jako wzorowa instytucja opieki w domach prywatnych. Doprawdy — widok pacjentów, których nawet wprawne oko psychjatry nie zawsze łatwo może odróżnić od ludzi zdrowych, pacjentów, którzy uprzejmie witają lekarza i mimiką wyrażają zadowolenie i dobry nastrój, doprawdy ten widok ogromnie wzrusza psychjatrę — cudzoziemca i pozostawia w jego pamięci miłe i niezatarte ślady.

Taka organizacja opieki w rodzinach jest wzorem nietylko dla nas, ale wogóle dla całego świata psychjatrycznego.

Z metod leczniczych, stosowanych na Zachodzie, zwraca uwagę kuracja fizjoterapeutyczna, mianowicie elektrycznym prądem w postaci jonizacji i diatermji.

Metody te stosuje się z dobrym skutkiem w klinikach, więc naturalnie powinno to pobudzić i nas do zaprowadzenia tych metod kuracyjnych.

Streszczając w krótkich słowach swoje wrażenia z obserwacji psychjatrycznych zagranicą, stwierdzam bez fałszywej skromności, że psychjatrja polska (naukowa i praktyczna) nie pozostaje w tyle za pierwszorzędnemi wzorami psychjatrji na Zachodzie.

Impressions psychiatriques de l'étranger.

Par le Dr. B. ŚWIETŁOW.

L'auteur décrit ses impressions, receuillies en visitant les établissements psychiatriques en Belgique, en France, en Suisse et à Vienne. Au cours de son voyage il s'est surtout inté-

ressé au placement familial en France et en Belgique. C'est la colonie de Gheel qui a produit l'impression la plus favorable. On peut accepter sans réserve l'opinion des psychiatres belges qui affirment que le placement familial est le mode d'assistance, pour un très grand nombre d'aliénés, le plus naturel, le plus libre et le moins couteux; en liaison avec la thérapie par le travail, il donne d'excellents résultats. Après avoir comparé l'organisation psychiatrique à l'étranger avec celle qui existe en Pologne, l'auteur émet l'avis qu'aussi bien la clinique psychiatrique que l'assistance générale aux psychopathes reposent en Pologne sur des bases solides.

Rozwód z powodu choroby psychicznej w świetle żydowskiego prawa religijnego.

Podał: Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Kwestja rozwodu należy oczywiście do nader poważnych i podstawowych problemów społecznych. Skoro przyznajemy, że celem ślubu jest współżycie fizyczne i duchowe mężczyzny i kobiety, to z tego niechybnie wypływa słuszność rozwodu z powodu choroby psychicznej jednego z małżonków. Praktyka rozwodowa opiera się na prawie cywilnem oraz na prawie religijnem odnośnego wyznania. U żydów praktyka rozwodowa oparta jest jedynie na prawie religijnem.

Instytucja rozwodu u żydów jest bardzo dawnego pochodzenia: sięga ona nawet czasów prawodawstwa mojżeszowego. Pięcioksiąg formułuje prawo rozwodu w następujących słowach: „Gdy ktokolwiek bierze żonę i poślubi ją, a ona nie znajdzie uroku w jego oczach, gdyż znalazł w niej coś nieprzyzwoitego, niech do niej napisze list rozwodowy, odda w ręce jej i wypuści ją ze swego domu". Jak szeroko omawiane jest prawo męża do rozwodu ze żoną zachowującą się nieprzyzwoicie, widać z tego, że szkoła Hillela, nauczyciela prawa, wybitnego autorytetu epoki panowania Heroda, uczyła, iż wystarczającym powodem do rozwodu będzie nawet nieumiejętne przysposobienie pokarmu. Z opowiadań historyka Józefa Flawjusza i Filona Aleksandryjskiego dowiadujemy się o zapatrywaniu szkoły Hillela, która miała decydujące znaczenie w praktycznem życiu ówczesnych żydów. To surowe prawo o rozwodzie

trwające tysiące lat, doszło w niezmienionej formie i do naszych czasów („Kobiety“ Bebla i „Nora“ Ibsena). Jeśli w obecnych czasach procesy rozwodowe nie są częste, to dlatego, że promienie kultury europejskiej przedostały się przez mroczne mury żydowskiego Ghetta. Pojąwszy ducha światopoglądu semickiego w kwestji rozwodowej, przysposabiamy się tem samem do odgadnięcia ideologji prawodawstwa żydowskiego o rozwodzie z powodu umysłowej choroby. Najdawniejszy dokument, dotyczący kwestji rozwiązania małżeństwa wskutek choroby umysłowej, pochodzi z II-go wieku po Chr. i omówiony jest w Misznie (drugiej świętej księdze po Biblji, zawierającej cały biblijny materjał prawodawstwa, ostatecznie zredagowany w końcu II go wieku). Księga ta przedstawiała religijno - prawniczy kodeks, który naród żydowski uważał za dalszy ciąg prawa mojżeszowego. W Misznie prawa ujęte są lakonicznie, bez uzasadnienia i argumentacji.

Otóż znajdujemy tam taki przepis: „Jeśli żona popadła w obłąkanie, to mąż nie powinien jej wypuszczać,“ a w innem miejscu tejże księgi: „obłąkana, niezdolna przechować listu rozwodowego, nie może być rozwiedziona“. Następny po Miszne kodeks religijno-juryzdyczny nazywa się Gemara. Zawiera on uzupełnienia i komentarze do Miszne, nagromadzone w ciągu następnych trzech stuleci. Miszne razem z Gemarą tworzą talmud, t j. encyklopedję judaizmu. W Gemarze babilońskiej powiedziane jest: „Jeśli stan umysłowy kobiety jest taki, że potrafi ona przechować list rozwodowy, lecz nie rozumie, jak sią zachować (normalnie), to chociaż według litery Tory może być rozwiedziona, nie wolno jej wypuszczać, by nie obchodzono się z nią jak z upadłą“. W Gemarze Jerozolimskiej powiedziane jest, że „jeśli żona stała się obłąkaną, to mąż nie powinien jej wypuszczać,“ co rabin Jonaj uzasadnia tem, że mogliby ją zgwałcić, a rabini Zeira i Iłaj motywują tem, że nie jest ona w stanie przechować listu rozwodowego. Tam również znajdujemy następujące zdania dotyczące rozwodu: Jeśli kobieta bywa obłąkaną tylko chwilami, to mąż nie ma prawa udzielić jej rozwodu nawet i w okresie, gdy jest ona zupełnie normalna“. Na uwagę zasługuje opinja znakomitego uczonego i lekarza Majmonidesa (12. w. w Egipcie), znanego pod imieniem Rambama. Ten filar nauki żydowskiej uczył tak: „Jeśli żona popadła w obłąkanie, to mąż nie ma prawa dać

jej rozwodu, zanim żona nie wyzdrowieje (i Majmonides dodaje, że jest to decyzja talmudyczna), gdyż nie jest ona w stanie troszczyć się o siebie i może być zgwałcona; mąż może poślubić inną kobietę, albowiem nie należy żądać, aby zdrowy pełnił obowiązki małżeńskie z obłąkaną: nie jest on nawet zobowiązany do leczenia jej, atoli winien opiekować się jej żywieniem za jej środki. W znakomitem dziele religijno-juryzdycznem, które się ukazało po kodeksie Majmonidasa w 14-tym wieku pod nawą „Turym“, jest powiedziane: „Jeśli żona jest obłąkana, nie wolno się rozwieść z nią, by nie została zgwałcona“. Znakomity rabin niemiecki Jakób Weil i rabin z Lublina Salomon Lurje zadecydowali, że jeśli żona jest obłąkaną chociażby okresowo, nie wolno się z nią rozwieść. Znany autorytet 16 w. Józef Karo, autor bardzo rozpowszechnionego i uznanego kodeksu „Szulchan Aruch“, w pewnem miejscu tak mówi: „Jeśli kobieta stała się obłąkaną po weselu, mąż winien ją karmić i leczyć i nie może się z nią rozwieść“. W innem miejscu tenże powiada: „Z obłąkaną żoną nie wolno się rozwieść, zanim nie wyzdrowieje, aby ją nie zbezcześcić; jeśli jednak mąż się z nią rozwiódł — rozwód jest prawnie dokonany“.

Wreszcie w 16 w. rabin Mojżesz Iserlis, komentator „Szulchan-Arucha“, do którego pisał uzupełnienia, zadecydował, że na rozwód z obłąkaną nie zezwala się. Znany rabin Jair Haim Bachoraeh odróżniał w dziele „Hut Gaszoni“ dwie kategorje obłąkania u kobiety: uleczalną formę, przy której nie wolno się rozwieść, i nieuleczalną, gdzie rozwód jest dozwolony. Znany w 12 w. we Francji rabin Szymszon uczył, że jeśli cierpienie u kobiety rozwija się w ten sposób, że chwilami jest ona świadoma, a chwilami nie (psychoza cyrkularna?), rozwód nie jest dozwolony, lecz jeśli na okres choroby następuje okres pełnego zdrowia, a niewiadomo jest, kiedy stan choroby może wrócić (psychoza periodica?), rozwód jest dozwolony. Z długiego szeregu ujętych w porządku chronologicznym zdań autorytetów religijno-juryzdycznych literatury żydowskiej widać, że w przedmiocie rozwodu męża ze żoną umysłowo chorą panuje tendencja ujemna; jako motyw tego negatywnego nastawienia podaje się moment religijny, a mianowicie obawę o cnotę bezbronnej i nieświadomej umysłowo chorej kobiety. Jednakże w życiu praktycznem żydów, rozwód męża z umysłowo - chorą żoną przeprowadza się nie rzadko. Prawo rozwodu w podobnych wypadkach

opiera się na niżej podanych religijno-juryzdycznych przesłankach. Rabin Gerszon (960 — 1040), zaszczepiwszy talmudyzm na gruncie europejskim i znany pod nazwą Maor-Gagola (luminator rozsianych), uwiecznił swoje imię reformą kwestji małżeńskiej. Na odbytym pod jego przewodnictwem Zjeździe w Wormacji 1020 roku, przyjęto decyzję, która zabrania żydom wielożeństwa. Rabin Gerszon zostawił jednakże pewną furtkę tym, którzy pragną otrzymać rozwód z żoną umysłowo-chorą. Pozwolił on w drodze wyjątku, o ile zachodzi ważny powód do tego, mieć więcej niż jedną żonę, i „za zezwoleniem 100 rabinów z trzech krajów i trzech gmin“. — Rabin Joile Syrkis, żyjący w 16 w. w Krakowie, mówi w swem dziele „Bach“, że posiadł wiadomość od swego nauczyciela Szachnego, iż rabin Gerszon, przyznając żydom drogą wyjątku więcej niż jedną żonę, miał rzeczywiście na myśli tylko wyjątek choroby psychicznej żony i że rabini niemieccy i rosyjscy tłumaczą decyzję Gerszona w ten sam sposób. W tymże duchu wypowiedział się współczesny Syrkisowi znakomity rabin z Lublina Dawid w swem dziele „Taz“. Formalności rozwodowe w przypadku choroby psychicznej żony są następujące:

1) chorobę umysłową stwierdza się świadkami, 2) zbiera się 100 podpisów i rabin, dający rozwód, na podobieństwo Piłata, umywa ręce. Ale cóż znaczy 100 podpisów?!

Kto z nas nie wie, że na manifestach publicznych z lekkiem sercem podpisują się tysiące, jeśli tylko na nich figurują już podpisy znanych osób! I w tym wypadku wystarczy, jeżeli interesent otrzyma podpisy kilku poważnych ludzi, a reszta to drobnostka. — „A świadectwa“ — powie ktoś? — otóż pewien popularny rabin na moje zapytanie, jak się ujawnia, że dana kobieta jest umysłowo chora, odpowiedział: „Posyłamy dwóch świadków, aby się z nią rozmówili i sprawdzili, czy znajduje się na leczeniu w zakładzie“. Nie warto rozwodzić się nad tem, jakie znaczenie posiada ekspertyza owych dwóch świadków.

Do jakiego stopnia podobny porządek rzeczy w stosunku do umysłowo chorej nie odpowiada elementarnym wymogom współczesnej psychjatrji, zrozumieć można z następujących rozważań. Psychjatrzy, wypowiadając się za rozwiązaniem małżeństwa wskutek choroby umysłowej jednego z małżonków, wysunęli następujące tezy:

1. Konieczna jest obserwacja psychjatryczna chorej osoby przez okres jednego roku do pięciu lat. W prawodawstwie żydowskiem niema podobnego przepisu.
2. Domaga się dla usprawiedliwienia rozwodu dowodów nieuleczalności choroby psychicznej. W prawodawstwie żydowskiem żąda się tylko ustalenia faktu zaistnienia choroby umysłowej; nie wymaga się stwierdzenia nieuleczalności choroby lub zmiany osobowości psychicznej; brak tego postulatu nie zadziwi, jeśli weźmiemy pod uwagę prymitywny stan psychjatrji w epoce tworzenia talmudu. O prymitywności poglądów ówczesnych prawodawców świadczą niżej podane dokumenty z talmudu. Dla oznaczenia rozstroju psychicznego istniała nader szczupła terminologja, zawarta w wyrazie biblijnym „meszuge" lub „szojte". Talmud w ten sposób określa znaczenie „szojte" (warjat): „Szojte jest, kto wychodzi w nocy, nocuje na cmentarzu, drze swą odzież lub nie jest zdolnym do pilnowania swych rzeczy". Rozumie się, że przy takim stanie psychjatrji nie mogło być mowy o różniczkowaniu postaci klinicznych i o rokowaniu w przedmiocie uleczalności lub nieuleczalności psychozy.
3. Trzecia teza w światopoglądzie nowoczesnym na rozwód umysłowo-chorej głosi: określenie nieuleczalności choroby winno być przekazane ekspertom - psychjatrom w liczbie najmniej trzech. Brak tego przepisu w prawodawstwie żydowskiem stanowi jego najistotniejszą lukę. Zgodnie z duchem epoki talmudycznej, która identyfikowała rabina z lekarzem, miał absolutyzm rabina w procesie rozwodowym pewne usprawiedliwienie. Ten przeżytek starożytny nie ma racji bytu, to nie ulega wątpliwości.

Widzieliśmy już wyżej, że ekspertyza psychjatryczna w sprawach rozwodowych opiera się na zeznaniach dwóch przypadkowych świadków. Nie mówię o ewtl. nieuczciwości i przekupstwie świadków, wystarczy, jeżeli wskażę na okoliczność, że rabin, rzecz jasna, nie może być kompetentny w przedmiocie ekspertyzy psychjatrycznej. Ciekawy jest następujący epizod z mojej praktyki. Żona pewnego rabina, który ma monopol na procesy rozwodowe, zachorowała na melancholję. Leczyła się u mnie i została skierowana do szpitala psychjatrycznego. Mąż ją odwiedzał.

Pewnego razu po odwiedzinach zgłosił się do mnie i zakomunikował, że żona jest zupełnie normalna, więc pragnie ją wypisać ze szpitala. Zwróciłem się tego dnia do ordynatora oddziału, który mnie doniósł, że stan jej jest bardzo ciężki. Że rola eksperty psychjatrycznego była dla rabinów ciężarem, świadczą dokumenty literatury rabinicznej trzynastego wieku. Znakomity rabin niemiecki Symcha wydał w pewnym przypadku rozwodu umysłowo-chorej kobiety następującą opinję: „Chociaż żonę uznajemy za zdolną do przechowania rozwodu, to jednak nie możemy się zorjentować, jaki posiada stopień sprawności rozumowania i zdolności należytego postępowania, nadto nie znamy kryterjum postulatu talmudycznego: „żona nie umie się zachowywać; z tej racji nie daję jej rozwodu".

4. Żądanie ubezpieczenia rozwiedzionej nie jest dostatecznie podkreślone w prawodawstwie żydowskiem i w praktyce nie da się przeprowadzić.
5. Piątą wadą prawodawstwa żydowskiego jest okoliczność, że proceder zebrania 100 podpisów sprawia interesentowi dużo kłopotów i kosztów. Umożliwia on wprawdzie rozwód bogaczom i osobom wpływowym, ale utrudnia osiągnięcie celu biednym.
6. Nareszcie w prawodawstwie żydowskiem nie uwzględniono momentów, z czyjej winy powstała choroba psychiczna, z winy męża czy żony. Zasługuje wszakże na uwagę fakt, że prawodawstwo żydowskie uwzględniło ewentualne powstanie choroby przed ślubem:
Akt ślubny nie jest wtedy ważny.

Omawiając prawo żydowskie tyczące rozwodu wskutek choroby umysłowej jednego z małżonków, dotychczas mówiłem o chorobie żony. Ponieważ kolebką owego prawodawstwa jest wschód, można było a priori wnioskować, że nie będzie ono jednakowe dla męża i żony. I rzeczywiście, w „Tosefta" (zbiór uzupełnień do Miszny, zawierający wyjaśnienia prawodawcze), powiedziane jest: „Jeśli u umysłowo chorego męża stan choroby przerywany jest okresami zdrowia psychicznego, to kierować się należy regułą następującą: W okresie choroby uważany jest za umysłowo chorego, w przerwie bezwzględnie za zdrowego". Cytując ów tekst, znakomity autorytet 16 w. Józef Karo dodaje następujące uzupełnienie: „Jeśli chory roz-

wiódł się z żoną w przerwie choroby, to jest w okresie wolnym od chorobowych zaburzeń psychicznych, to rozwód jest prawny na zawsze, chociażby rozwiedziony w innych okresach życia ujawniał rozstrój duchowy". Jest rzeczą naturalną, że podobne rozwody wywołały spory o prowomocność wyroków rozwodowych. Z literatury rabinicznej wynika jednak, że istniała tendencja do uznania wyroków takich za prawomocne. Tak n. p. rabin Awigdor Kagan, żyjący w Niemczech w 14 w., w analogicznym procesie, przeprowadzonym w Würzburgu, zaopinjował według powyżej wspomnianej zasady. Wiele hałasu w literaturze rabinicznej 18 w. narobił proces rozwodowy pod nazwą „Kliwer Get" (od nazwy m. Kliwo w Niemczech). Rabin miejscowy Izrael Lifszyc rozwiódł umysłowo-chorego z żoną. Ponieważ żona chorego była córką miljonera, przeto podejrzewano rabina o jednostronność i z tego względu powstała żywa polemika. Wymieniony rabin w dwóch dziełach odparł wszystkie napaści i bronił prawomocności wyroku rozwodowego. W przypadku choroby umysłowej męża prawodawstwo żydowskie daje dla procedury rozwodowej kategoryczną, chociaż bynajmniej nie naukową dyrektywę: Wymaga się w chwili dokonania aktu rozwodowego, a moment taki trwa około godziny, a przy dobrej chęci nawet i mniej — ustalenia faktu zaistnienia stanu świadomości dokonywanego czynu u męża. A więc, prawodawstwo żydowskie nie wchodzi w ocenę choroby umysłowej w całości t. j. nie liczy się z djagnozą, z przebiegiem psychozy, z prognozą: dla prawodawcy widocznie jest rzeczą ważną tylko formalna strona sprawy, a mianowicie okoliczność, by w chwili ceremonjału układania aktu rozwodowego była dla pozoru ustalona poczytalność męża. Wobec tego, że nawet uczony prawnik i psychjatra nie są zupełnie pewni w określeniu poczytalności, łatwo zrozumieć, jak kruche są podstawy, na których rabin wydaje wyrok rozwodowy. Ponadto wspomniana praktyka rozwodowa jest z punktu widzenia psychjatrji paradoksalną jeszcze z innych powodów. Jeśli weźmiemy za przykład paranoję, w której zwykle nie ma rozstroju świadomości, albo psychosis circularis et perodica, przebiegająca okresowo z przerwami, w których dotknięty psychozą jest wolny od zaburzeń psychicznych chorobowych, albo wreszcie niektóre postacie porażenia postępującego, to zauważymy, że akurat nieuleczalne choroby wedle litery prawodawstwa żydowskiego prowadzą do rozwodu, a uleczalna choroba umysłowa, jak np. amentia, będzie przeciwwskazaniem do rozwodu.

Analiza tego wstecznego prawodawstwa wykazuje w świetle nauki współczesnej liczne braki. Szanując kult religijny, pragnąłbym, aby religijne prawodawstwo żydowskie było przepojone duchem nowoczesnym; dlatego radziłbym usprawnić przepisy, dotyczące rozwodu umysłowo chorych żydów. Techniczna strona żydowskiego procesu rozwodowego przedstawia się w sposób następujący: proces rozwodowy małżonków psychicznie chorych odbywa się na ich życzenie przed rabinem, bez przeszkód. W większych miastach prawo do udzielenia rozwodu jest zwykle postanowieniem gminy przyznane jako przywilej jednemu rabinowi. Akt traktujący o rozwodzie składa się z 12 wierszy, o następującej stereotypowej treści: data (rok, miesiąc i dzień), interesent (imię i nazwisko), zam. (miasto i ulica), dobrowolnie rozwiódł się z żoną. Następują podpisy 2-ch świadków. Akt rozwodowy mąż wręcza żonie, następnie rabin parafjalny wydaje zaświadczenie dla rabina urzędowego. Rabin urzędowy, jako przedstawiciel władzy cywilnej, rejestruje fakt dokonany, daje sankcję cywilno—prawną religijnemu obrządkowi, dokonanemu przez rabina parafjalnego. Otóż proponuję dołączyć do formalności rejestracji aktu rozwodowego przez rabina urzędowego (rabina naczelnego gminy u nas w Polsce) następujące uzupełnienie: „prawo cywilne nakłada na rabina urzędowego obowiązek żądania w razie rozwiązania małżeństwa wskutek choroby umysłowej jednego z małżonków orzeczenia psychjatry na okoliczność, że choroba istotnie nakazuje rozwód". Ekspert — psychjatra będzie właśnie tą instancją, która reglementuje prawodawstwo żydowskie, nie wtrącając się do kultu religijnego. Ekspert — psychjatra, naturalny obrońca umysłowo chorych, przy wydawaniu orzeczenia będzie się kierował stanem nauki współczesnej; jeśli dany przypadek nie uczynił zadość wymogom psychjatrji, lekarz — psychjatra, odmawiając orzeczenia, będzie tamował realizację rozwodu. Nadzór nad wykonaniem obowiązku przedstawienia świadectwa psychjatrycznego należy do rabina urzędowego, jako urzędnika państwowego. Kult religijny bynajmniej nie będzie naruszony, gdyż rabin parafjalny po dawnemu będzie przeprowadzał proces rozwodowy, przestrzegając wszelkich formalności obrzędu. Przez wprowadzenie ekspertyzy lekarskiej nie naruszymy podstaw prawodawstwa religijnego, ani wzajemnego stosunku instancyj, znających prawodawstwo: zabezpieczymy tylko kontrolę nad instytucją rozwodów i usuniemy możliwość działań samowolnych.

Le divorce par aliénation mentale d'après la loi de la réligion juive.

Par le Dr. A. Wirszubski.

L'auteur commence par donner son avis sur la question; il estime que l'aliénation mentale d'un des conjoints devrait étre comprise par milles causes légitimes du divorce.

Chez les juifs, le divorce est basé, en pratique, uniquement sur leur loi réligieuse. Aussi, dans son travail, l'auteur résume les diverses lois qui se sont accumulées dans la littérature réligieuse juive et qui concernent aussi bien les personnes normales que les malades mentaux. En même temps l'auteur met en relief que l'idéologie de cette législation varie selon le sexe, ce qui d'ailleurs est conforme à l'esprit oriental qui anime la législation juive.

En confrontant la loi réligieuse juive avec les données de la science moderne, relatives au divorce des aliénés, l'auteur examine en détails tous les inconvénients de cette loi périmée et pour conclure, émet l'opinion qu'elle devrait être subordonnée à une législation générale du divorce.

Wojewódzki Zakład Psychjatryczny Dziekanka.
Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Doświadczenia lecznicze z hexophan - natrium.

(Doniesienie tymczasowe).

Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK.

Powyższy preparat wprowadził do lecznictwa psychjatrycznego Weichbrodt (Deutsche Medizinische Wochenschrift 1925 nr. 5). Zaczął on swoje próby od preparatów salicylowych, mianowicie natrium salicylicum (2 razy dziennie dożylnie 10 cm^3 20 proc. roztworu) i stwierdził działanie uspokajające powyższego leczenia w stanach podniecenia oraz w melancholji inwolucyjnej. Po przerwaniu zastrzykiwań stany podniecenia występowały z powrotem. Następnie przeszedł do prób z preparatami chinolinowymi, z których najlepszym okazał sią właśnie heksofan w postaci soli sodowej. Preparat ten stosował Weichbrodt domięśniowo w ilości 2 — 3 gr dziennie w 10 proc. roztworze. Niekiedy tylko występowały po pierwszym zastrzyku wymioty lub biegunki, ustępując

po dalszych injekcjach zupełnie. Działanie heksofanu następowało dopiero po 3 lub 4 zastrzyku. Weichbrodt nie dał (w powyższym referacie) własnego tłumaczenia działania heksofanu, a podkreślił możliwość przyjęcia, zarówno działania centralnego jak i antytoksycznego w postaci wiązania produktów toksycznych lub zwiększonego ich wydalania.

Weber potwierdził powyższe doświadczenia i radził także stosowanie atophanylu, przed czem przestrzega Weichbrodt ze względu na działania poboczne. Liczne poprawy w stanach podniecenia otrzymała w klinice fryburskiej Ewa Klein.

Również Ostmann (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie 1928 tom 89, zeszyt 516), postępując wedle tej samej metody co Klein, otrzymał pomyślne wyniki przejściowe. Zaczynał on od 0,5 (przez 5 dni), następnie dawał 1 g przez 4 dni, potem 1,5 przez 3 dni, następnie 2 g, a w końcu 3 g dziennie (conajmniej 14 dni), tak że leczenie trwało 30 — 35 dni. Leczenie to umożliwiło usunięcie u większości chorych leków nasennych i uspokajających oraz powodowało uspokojenie chorych. Powyższe wyniki skłoniły mnie do przeprowadzenia prób w Dziekance. Materjał mój dotyczy 13 przypadków leczonych w czasie od stycznia do marca 1931. Leczono tylko kobiety. Wiek leczonych wahał się od 23 do 48 lat; co do rozpoznania, to wśród tych 13 chorych były 2 psychozy reaktywne, 1 oligofrenja z okresowemi stanami podniecenia i 10 psychoz manjakalno-depresyjnych. Z nich 3 znajdowały się w okresie melancholji ze stanami lękowemi, a 7 w okresie podniecenia manjakalnego. U wszystkich chorych czas trwania choroby (od 1 napadu) wynosił conajmniej 1 rok, u 7 powyżej 4 lat. Do leczenia wybrano przypadki ze stanami znacznego podniecenia czy niepokoju lękowego (najcięższe przypadki oddziału obserwacyjnego i oddziału dla niespokojnych). Sposób stosowania leku polegał na zastrzykach (tylko) domięśniowych 10 cm^3 hexophan-natrium 10 proc., a więc 1 gr pro dosi et pro die, a w 5 przypadkach także 2 g pro die. ale nigdy przez cały ciąg leczenia. Najwyższa całkowita dawka była 29 g, najniższa 3. Szczegółowo wymieniając zastosowano 29 g (w 16 dniach), 20 g (w 17 dniach na 3 raty), 16 g (w 16 dniach na 3 raty), 2 razy po 12 g (na 2 raty), 11 g (w 11 dniach na 2 raty), 9 g (w 5 dniach), 7 g (w 5 dniach), 2 razy po 6 g (w 6 dniach), 5 g (w 5 dniach), 4 g (w 4 dniach), 3 g (w 3 dniach). Powyższe dawkowanie było podyktowane ostrożnością wobec nowego środka, który jest stosowany w wysokich daw-

kach. Jak się okazało, było to dawkowanie zbyt ostrożne i dlatego w II serji prób (która nastąpi) mam zamiar stosować stale po 2 a nawet 3 g dziennie. Rozczyny do injekcji sterylizowano stale tuż przed wykonaniem zastrzyku.

Co do działania ubocznego preparatu, to jest ono znikome. W 4 przypadkach wystąpiły po 1-szym zastrzyku jednorazowe krótkotrwałe wymioty bez osłabienia stanu ogólnego. Wymioty te już się potem nigdy w ciągu leczenia nie powtórzyły. W 3 przypadkach (23, 26, 33 lat) zanotowano stany podgorączkowe nieregularnie i nielicznie występujące, z nich jedna pacjentka miała zmiany gruźlicze włókniste płuc. Pozostałe dwie wykazały temperatury tylko początkowo. Wynika z tego, że u pacjentów ze zmianami gruźliczemi nie należy heksofanu w zastrzykach stosować. Innych działań ubocznych nie stwierdzono. Przyznaję, że u większości pacjentek okres leczenia był za krótki, przyczyną jednak była wspomniana już wyżej ostrożność oraz próba, czy szybko następujące poprawy utrzymają się bez dalszego leczenia. Co do wyniku, to wszystkie otrzymane poprawy były przejściowe, jednak nie mniej cenne wobec ujemnych wyników po stosowaniu poprzednio różnych leków (gardenal, opium i. t. p.) oraz i z tego względu, że udało się zwykle stłumić szczytowe okresy podniecenia. Działanie występowało zwykle po kilku pierwszych zastrzykach, rzadziej dopiero po dalszych i utrzymywało się krótki czas po ukończeniu leczenia. Działanie preparatu było dwojakie, sprowadzenie snu oraz uspokojenie. To pierwsze działanie było nieco wybitniejsze. U 11 pacjentek (z 13 leczonych) była znaczna poprawa snu w nocy; u 2, które tej poprawy nie wykazały, stosowano za krótkie leczenie (3 i 6 injekcji). Uspokojenie nastąpiło w 11 przypadkach, w 1 przypadku (tylko 3 injekcje) brak było działania, a w 1 (12 g w 10 injekcjach — okresowa manja) nawet pogorszenie. Jednak większość tych popraw była krótkotrwała (4 dni mniejwięcej). Po kilkakrotnem stosowaniu występowały poprawy do 2 tygodni. Poprawami nazywam zupełne uspokojenie chorej przez cały okres kilkudniowy lub też znaczne tak, że chora przestała być prześciowo niebezpieczna dla siebie i otoczenia. Wyniki powyższe uważam za zachęcające do dalszych prób, które będę dalej prowadził, przyczem zastosuję większe dawki i dłuższe leczenie, ponieważ preparat nie działa szkodliwie.

Niniejsze doniesienie uważam tylko za tymczasowe, o dalszych wynikach mam zamiar w następnym n-rze tego pisma zareferować.

Hôpital Psychiatr. publ. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Ouelques remarques sur l'héxophan sodique dans le traitement des malades agìtés.

Par le Dr. St. Świerczek.

L'auteur présente les résultats de ses expériences thérapeutiques faites dans le traitement des malades agités et anxieux. Il appliqua des injections de l'héxophan sodique aux personnes psychotiques qui se trouvaient en état d'agitation ou d'anxiété, et obtint des résultats satisfaisants. L'auteur récommande cette méthode de traitement comme supplément de la thérapie sédative.

KONGRESY.

XI. Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie w dniach 23. — 25. V. 1931 r.

Sprawozdanie

opracował Dr. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

Po przemówieniu przedstawicieli Uniwersytetu i władz wybrano na przewodniczącego prof. Mazurkiewicza, do prezydjum prof. Halbana, prof. Borowieckiego, doc. Artwińskiego i dr. Nelkena oraz do sekretarjatu dr. Liszkę, dr. Terajewicza, dr. Mateckiego, dr. Chłopickiego i dr. Świerczka, a następnie przystąpiono do obrad.

I. DZIEŃ.

Temat zasadniczy: Kiła w etjologji schorzeń psychicznych.

1) prof. Weigl (Wilno): BIOLOGJA KRĘTKA BLADEGO.
(streszczenia nie nadesłano).

2) prof. Lenartowicz (Lwów):

Z BADAŃ NAD KIŁĄ DOŚWIADCZALNĄ.

Dotychczas nikomu nie udało się udowodnić, że kiła jest doszczętnie wyleczalna, nie wiemy więc, gdzie zaczyna się superinfekcja (zakażenie ustroju jeszcze nie wyleczonego) a gdzie reinfekcja. Mamy liczne dowody, że superinfekcja istnieje, natomiast sprawa reinfekcji to kwestja tylko wiary. Kolle i Schlossberger dowiedli na zwierzętach, że kiła jest wyleczalna, nie można jednak przenieść wyników ich doświadczeń na ludzi. Superinfekcja jest możliwa w każdym okresie kiły, ale nie w jednakowym stopniu wskutek wahań odporności. Swoista alergja jest najwybitniejsza w kile trzeciorzędnej. W jakim okresie kiły robimy superinfekcję, takiego okresu objawy otrzymujemy. Superinfekcja możliwa jest i w lues latens. Istnieją niezgodności różnych autorów co do 1) ilości udanych superinfekcji w różnych okresach kiły, 2) natężenia objawów superinfekcji. Referent przeprowadził badanie na 25 luetykach jadem kiłowym króliczym. W 1 — 2 dni po szczepieniu powstaje rumień, w 3 — 4 dni naciek, a w końcu kilaki, które się łatwo goją. Wyniki dodatnie otrzymał autor tylko w lues III i lues congenita tarda, razem w 9 przypadkach, przyczem nigdy nie miał uogólnienia się zakażenia. Wyniki wymie-

nione nie były reakcjami alergicznemi, a istotnemi zmianami poszczepiennemi.

3) prof. Nowicki (Lwów):

PORAŻENIE POSTĘPUJĄCE A KIŁA NARZĄDÓW.

Czynnik konstytucyjny jest bardzo ważny etjologicznie, a za mało znany i uznany. Układ siateczkowo-śródbłonkowy ma wielkie znaczenie w kile wogóle, a w metakile w szczególności. Pewne znaczenie ma też rasa (n. p. w Azji i Afryce metalues jest rzadziej spotykany) oraz wiek, gdyż zmiany kiłowe ośrodkowego układu nerwowego występujące u ludzi, którzy zarazili się kiłą w wieku starszym, mają krótszą inkubację i szybszy przebieg. Mało jest danych dla ustalenia związku między habitus a paralysis progressiva. Brak jest również pewnych dowodów istnienia stałego szczepu neurotropowego spirochet. Pewne znaczenie ma też kondycjonalizm (warunki życiowe).

Pozatem pewne tkanki mają specjalne usposobienie do kiły, a inne mają wykazywać antagonizm (skóra i system nerwowy). Istnieją pewne kombinacje narządów równocześnie zajętych przez kiłę. Mesaortitis luetica spotyka się bardzo często w p. p. (materjał Kulparkowa 50 proc., natomiast rzadko zajęcie zastawek aorty i tętnic wieńcowych serca). Jest to dziwne wobec wzmiankowanej częstości mesaortitis w porażeniu.

4) dr. Messing (Warszawa):

HISTOPATOLOGJA KIŁY UKŁADU NERWOWEGO.

W endarteriitis małych naczyń kory mózgowej mamy do czynienia z pęcznieniem ściany naczyń oraz zamknięciem światła naczyń z powodu zgrubnienia endothelium. Obok tego mamy kilakowate zapalenie ściany naczyń oraz miażdżycę kiłową, następnie kilaki różnych części miąższu, a brak zmian architektoniki. Referent opisuje przebieg i zejście różnych tych form. Niema typowych dla porażenia zmian komórek zwojowych. Tkanki reagują na krętki ogniskami martwiczemi. W p. p. juvenilis zmiany miąższowe występują wcześniej i silniej. W remisjach po leczeniu brak jest progresji, brak żelaza, natomiast w p. p. stationaris spotyka się żelazo. W 3 — 6 tygodni po malarji znajdujemy wybitne zmiany z powodu egzacerbacji procesu zapalnego. Następnie referent demonstrował tablice.

5) dr. Meissner (Kobierzyn): PATOGENEZA ZABURZEN PSYCHICZNYCH (Streszczenia nie nadesłano).

6) doc. Artwiński i dr. Gradziński (Kraków): O LECZENIU PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO (streszczenia nie nadesłano).

Autorzy przedstawiają wyniki (katamnezę) przypadków porażenia leczonego malarją za cały okres mniejwięcej 8-letni stosowania malarji w oddziale neurolog. psychjatr. Szpitala Państwowego im. św. Łazarza w Krakowie na rozlicznych tablicach. Otrzymane przez nich dane świadczą o bardzo pomyślnem działaniu leczniczem malarji. Materjał ich jest duży, gdyż obejmuje około 500 przypadków.

7) dyr. Łuniewski (Tworki):

ZAGADNIENIE SPOŁECZNE, WYPŁYWAJĄCE Z WYNIKÓW SPÓŁCZESN. METOD LECZENIA PORAŻENIA POSTEPUJĄCECO. (autoreferat).

Dodatnie wyniki hyperpyretycznego leczenia porażenia postępującego, w szczególności wyniki leczenia tego cierpienia zimnicą, szacują autorzy co do ilości przypadków dość wysoko. Odsetek wyników dodatnich waha się u różnych autorów w granicach od 25 do 50 proc.

Dane, zaczerpnięte ze statystyki polskich zakładów psychjatrycznych, nie upoważniają do tak bardzo optymistycznej oceny wyników leczenia porażenia postępującego, stwierdzają przecież, że pewien odsetek paralityków dochodzi praktycznie do zdrowia.

W r. 1928 we wszystkich zakładach psychjatrycznych w Polsce leczyło się 1469 poralityków. Z tej liczby ubyło w ciągu roku 838 osób, a wyniki ich pobytu w zakładach wyrażają się w następującycc liczbach: Za „wyleczonych" uznano 67 osób (odpowiada to 8 proc. ubyłych i 4,6 proc. leczonych), poprawę zanotowano u 28 osób (= 23 proc. ubyłych i 13 proc. leczonych), nie stwierdzono poprawy u 193 osób (= 23 proc. ubyłych i 13. 4 proc. leczonych), wreszcie zmarło 298 osób (34, 5 proc. ubyłych i 20,3 proc. leczonych).

W roku 1929 leczyło się w naszych zakładach 1601 paralityków, z których 874 opuściło zakłady. Wyniki pobytu tych chorych w zakładach i ich leczenia były w tem roku bardzo zbliżone do wyników cyfrowych roku poprzedniego; a mianowicie za wyleczonych uznano 57 osób (odpowiada to 6,5 proc. i 3,6 proc. leczonych). Poprawę zanotowano u 399 osób (t. j. w 36,5 proc. ubyłych i 12,6 proc. leczonych), nie stwierdzono poprawy u 199 osób (t. j. 22,7 proc. ubyłych i 18, 6 proc. leczonych).

W zakładach pozostało na rok następny; w r. 1928 — 43 proc. leczonych, a w r. 1929 — 45,5 proc. leczonych. Jakkolwiek odsetek umieralności przewyższa w tych liczbach odsetek uleczalności, to przecież cyfry te świadczą, że pewna liczba paralityków opuszcza corocznie nasze zakłady z etykietą powrotu do zdrowia i należy się zastanowić nad zagadnieniami socjalnemi, które wypływają z tego faktu. Ważkość zagadnień ,związanych z prawną oceną psychiki „wyleczonego" paralityka, nie zależy od liczby wyleczeń w tem cierpieniu, które uważaliśmy dawniej za prawie że nieuleczalne. Nawet jeden jedyny przypadek trwałego powrotu do zdrowia w porażeniu postępującem wystarczyłby, abyśmy zastanowili się nad tem, czy wniosków naszych, opartych na przekonaniu o nieuleczalności porażenia postępującego, nie należy poddać radykalnej rewizji.

Autorzy, mówiący o „zupełnem wyleczeniu" w porażeniu postępującem, opierają swoje wnioski na kryterjach psychicznych, neurologicznych, humoralnych i anatomicznych. Z punktu widzenia oceny socjalnej wyników leczenia wartość tych kryterjów jest bardzo różnorodna. Kryterja anatomiczne odpadają tu całkowicie, nie mają one żadnego znaczenia praktycznego wtedy, kiedy chodzi o ocenę sprawności socjalnej żywego człowieka. Kryterja neurologiczne nie mają tu też tego znaczenia, jakie możnaby było im przypisywać jako widocznym świadectwom trwania procesu chorobowego w ośrodkowym układzie nerwowym — wartość tych kryterjów maleje wybitnie wskutek tego, że objawy neurologiczne mogą występować także w zagojonym procesie chorobowym, jako objawy zależne od blizn, pozostałych po skończonej sprawie chorobowej. Kryterja humoralne są dość chwiejne, ponieważ wiemy, że zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym mogą niekiedy trwać bardzo długo i występować nawet u osobników, klinicznie uznanych za zdrowych; zmiany te nie muszą być koniecznie brane za zwiastuny możliwego nawrotu choroby — klinicyści traktują je jako wyraz niespecyficznego podrażnienia opon — (Wagner v. Jauregg mówi nawet o „katarze opon") i nie przypisują im znaczenia prognostycznego. Najdonioślejsza rola w ocenie socjalnej leczonego paralityka przypada w udziale objawom psychicznym. Jeśli chory po przebytej kuracji powraca do pracy zawodowej i w pracy tej wykazuje nie tylko inicjatywę i zdolność organizacyjną, ale także zdolność wdrażania się do nowych rodza-

jów pracy i nabywania nowych wiadomości — mamy podstawę do dopatrywania się w tych faktach znamion zupełnego powrotu paralityka do zdrowia i do zastanowienia sią nad tem, by z wniosku o wyzdrowieniu paralityka wyciągnąć dalsze konsekwencje socjalne.

Referent powołuje się na szczegółową analizę tych subtelnych niedomagań życia psychicznego wyleczonego paralityka, o których mówi Pönitz, i streszcza przebieg dyskusji w sprawie poczytalności i rozporządzalności „wyleczonego“ paralityka, jaką przeprowadzili między sobą na gruncie pracy psychjatrycznej z jednej strony Karol Schneider, a z drugiej Gross i Strausler, (szczegółową argumentację obu stron streścił referent w swej pracy p. t. „Wyniki spółczesnych metod leczenia porażenia postępującego w świetle problematów orzecznictwa sądowo- i społeczno-psychjatrycznego“, ogłoszonej w „Czasopismie Sądowo-Lekarskiem“). W dalszym ciągu dyskusji na ten temat do stanowiska Karola Schneidera przyłączył się Kurt Schneider, a do stanowiska, zajętego przez Grossa i Strauslera przyłączył się w Niemczech Salinger. Z pewnemi zastrzeżeniami za poczytalnością i rozporządzalnością „wyleczonych“ paralityków wypowiadają się w literaturze także Manz w Niemczech, Aleksander i Nyssen w Belgji, Goria w Hiszpanji, Claude we Francji i Rojas w Argentynie. Poza tą dyskusją teoretyczną na temat poczytalności i rozporządzalności paralityka wyleczonego referent znalazł w literaturze tylko jeden jedyny przypadek konkretny. opisany przez Wimmera z Kopenhagi, w którym autor zajął in foro stanowisko, uzasadnione in abstracto przez Grossa i Strauslera. Drugi przypadek, opisany przez referenta w zacytowanej powyżej pracy i zakwalifikowany w r. 1928 w myśl tradycyjnie panującego poglądu do przywilejów niepoczytalności, zasługuje na uwagę z tego względu, że dotyczy on zawodowego złodzieja, który w 2 lata po przebytej kuracji malarycznej stanął pod zarzutem udziału w zbrojnym i zorganizowanym napadzie rabunkowym. Oskarżony wykazał nie tylko energję czynu w działaniu przestępczem, ale także konsekwentnie przemyślaną i przeprowadzoną metodę obrony. Referent stwierdza, że osobnik ten po 4 ch latach internowania i w 6 lat po przebytej kuracji nie wykazał żadnego objawu, któryby nasuwał myśl o posuwaniu się naprzód procesu chorobowego mimo, że odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym stale wypada u niego słabo dodatnio. Obserwowany przez refe-

renta przypadek daje mu szczególny powód do twierdzenia, że ocena poczytalności wyleczonego paralityka według dawnego szablonu może doprowadzić do błędnych konkluzji sądowo-psychjatrycznych i że sprawa poczytalności i rozporządzalności „wyleczonego" paralityka powinna byc traktowana indywidualnie i rozstrzygana nie po myśli formuł ogólnych, ale jedynie tylko na podstawie obrazu klinicznego i stanu psychicznego osoby badanej.

Na podstawie wywodów z literatury przedmiotu i na podstawie własnego doświadczenia w zakresie rzeczoznawstwa sądowo- i społeczno-psychjatrycznego referent dochodzi do następujących wniosków:

1. Porażenia postępującego nie możemy już uważać za chorobę nieuleczalną i za sprawę, którаby nieubłagalnie wytrącała paralityków poza nawias życia społecznego. Wyleczeni mają dobre prawo żądać, by ich nie odsuwano od życia socjalnego.
2. Odzyskana sprawność socjalna „wyleczonego" paralityka, trwająca dłuższy okres czasu (referent określiłby ten okres czasu na 3 lata) i brak przy badaniach kontrolnych objawów somatycznych, humoralnych oraz defektów psychicznych, mogą w pewnych razach usasadniać wniosek o przywrócenie ozdrowieńcowi utraconej w czasie trwania choroby rozporządzalności cywilnej jak również mogą uzasadnić wniosek o słuszności obciąż nia ozdrowieńca odpowiedzialnością w sprawach karnych.
3. Sprawa powrotu ozdrowieńca do stanowiska zawodowego, połączonego z większą odpowiedzialnością socjalną, może nastręczyć szczególne trudności. Nawet uznanego za zupełnie wyleczonego paralityka trudno dopuścić do powrotu do takich zawodów jak medycyna i farmacja, jak służba ruchu na kolejach i w transporcie lub służba w elektrowni.
4. W przypadkach remisji bardzo trwałych, ale niezupełnych, ekspertyza sądowo-psychjatryczna mogłaby zająć w stosunku do ozdrowieńców z nieznacznym defektem w zakresie inteligencji takie stanowisko, jakie zajmuje w stosunku do wrodzonych lub wcześnie nabytych braków intelektualnych słabego stopnia (jak n. p. debilitas), to znaczy:
   1. uznać ograniczoną rozporządzalność paralityka z remisją niezupełną i wypowiedzieć się za przydzieleniem mu doradcy w sprawach cywilnych.

2. Uznać zmniejszoną poczytalność paralityka w remisji niezupełnej w stosunku do czynów karalnych, nie stojących w bezpośrednim związku z upośledzeniem psychiki, a zwłaszcza z upośledzeniem intelektu badanego. W przypadkach czynów karalnych, związanych genetycznie z upośledzeniem psychiki paralityka (n. p. w przypadkach występków rażąco niedorzecznych, ujawniających znaczniejsze upośledzenie krytycyzmu, lub w przypadkach czynów karalnych, powstałych na podłożu pasorzytnictwa paralityka) rzeczoznawca mógłby się nawet przechylać w kierunku uznania zupełnej niepoczytalności paralityka w remisji niezupełnej.

5. Analogja ze stanowiskiem, zajmowanem przez ekspertyzę psychjatryczną w stosunku do oligofrenji, nadawałaby się także w przypadkach ubytków znaczniejszego stopnia. Paralityków z takiemi ubytkami należałoby kwalifikować do kurateli, a dokonane w czasie takiej remisji akty prawne i umowy kwalifikować do unieważnienia.

6. Nieznaczne defekty psychiczne paralityka, uznanego za wyleczonego, niedostrzegalne niekiedy przy badaniu klinicznem i ujawniające się w subtelnościach współżycia rodzinnego — mogą stawać się bardzo przykremi w pożyciu małżeńskiem. Jeśli takie defekty niweczą wspólnotę duchową pożycia małżeńskiego, usprawiedliwiają one w zupełności wniosek o dopuszczalności rozwodu.

7. Specjalna sprawa wykonywania praktyki lekarskiej nie powinna być wiązana z ubezwłasnowolnieniem, tak jak to ma miejsce w obowiązujących przepisach prawa. Paralityk wyleczony może nie potrzebować kurateli, a mimo to może budzić wątpliwości jako kandydat do odzyskania prawa wykonywania praktyki lekarskiej. Byłoby rzeczą pożądaną, aby prawo wykonywania praktyki lekarskiej mogło podlegać ograniczeniom gradacyjnym w zależności od nasilenia objawów niesprawności psychicznej lekarza w okresie remisji po przebytem porażeniu.

8. Zeznania paralityka wyleczonego, powołanego w charakterze świadka, należy uznać za dopuszczalne w postępowaniu sądowem z tem wszakże zastrzeżeniem, że takiego świadka należałoby w myśl § 110 K. P. K. zwalniać od przysięgi.

---

7) dyr. Al. Piotrowski (Dziekanka):

ROZPOZNANIE KLINICZNE PARALIŻU POSTĘPUJĄCEGO Z UWZGLĘDNIENIEM WYNIKÓW BADAŃ SEROLOGICZNYCH.

(autoreferat).

Autor powołuje się na swoje prace z roku 1916: „Beitrag zur Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei progressiver Paralyse" (wspólnie z M. Edlem w Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 5) oraz „Zur Frühdiagnose der Paralysis progressiva" (Berlin. Klin. Wochenschr. 1916, Nr. 13) i „O wczesnem rozpoznaniu porażenia postępującego" (Przegląd Lek. 1916, Nr. 10), w których wskazuje na rychłe pojawienie się odczynu Wassermanna w porażeniu postępującym i podkreśla wybitne znaczenie tej reakcji dla djagnostyki, o ile odczyn przy zastosowaniu metody miareczkowania występuje już w drobnej ilości (0.2 — 0.1 cm^3) płynu mózgordzeniowego, z czego można z pewnością wnioskować, że w danym przypadku ma się do czynienia z paralitykiem. Atoli z drugiej strony, ze względu na poliwalentne wyniki badań porównawczych do symptomatologji płynu mózgordzeniowego dokonanych w laboratorjum serologicznem w Dziekance (J. Medem: Badania kontrolne nad symptomatologją płynu mózgordzeniowego w porażeniu postępującem i innych schorzeniach kiłowych ośrodkowego układu nerwowego - Now. Psychj. 1929, III-IV), z których wynika, że w laboratorjum nie da się jeszcze z całą pewnością w każdym przypadku przeprowadzić wyraźnie określonej, absolutnej granicy między poszczególnemi postaciami chorób kiłowych ośrodkowego układu nerwowego, że najwyżej można tę lub inną postać kliniczną wykluczyć, ze względu na okoliczność, że nawet w klinicznie jasnych przypadkach porażenia postępującego reakcje serologiczne, mianowicie odczyn Wassermanna, mogą wypaść ujemnie, — autor kładzie nacisk na stronę psychiczną schorzenia paralitycznego i zaznacza, że mimo wysokiej wartości i znaczenia obrazu neurologicznego i serologicznego, decydującym czynnikiem dla rozpoznania porażenia postępującego zawsze jest i pozostanie stan psychiczny badanego, albowiem obraz psychiczny we wspomnianej chorobie już w samych zaczątkach zachorzenia, w t. zw. okresie neurastenicznym, poprzedzającym chwilę pojawienia się patologicznych objawów cielesnych i serologicznych, ma tak wybitne cechy swoiste, że na zasadzie tejże swoistości obrazu psychicznego, charakteryzującej dobitnie osobowość paralityczną, zupełnie odmienną od innych osobowości psychotycznych, można postawić wczesną

i właściwą diagnozę nawet wtedy, gdy badany zapewnia, że nie miał luesu. Paralityka bowiem cechuje od samego początku przedewszystkiem osobliwe osłabienie jego sprawności i właściwości psychicznych. To osłabienie przy uwzględnieniu wszelkich okoliczności wewnętrznych i zewnętrzych jak wiek, zawód, stan cywilny, pierwotny stan inteligencji, wychowanie i wykształcenie, zwyczaje i nawyknienia, milieu, da się w każdym przypadku kwantytatywnie określić. Osłabienie sprawności pamięciowej, zmiana charakteru, nastroju, zachowania, labilność wzruszeniowa, drażliwość, przygnębienie lub beztroska euforyczna, niekonsekwencje i sprzeczności w słowach i czynach, zaniedbywanie obowiązków i niezdolność do systematycznej pracy, niekorygowanie omyłek i błędów w piśmie i słowie, obniżenie się poziomu etycznego i skali autokrytycznej— oto niedomagania, które w pojedynkę lub razem cechują paralityka na początku zachorzenia.

Wspomniane zboczenia psychiczne pojawiają się nieraz wcześniej niż objawy cielesne. Bywają one, mianowicie gdy występują pojedyńczo, przeoczone albo też zignorowane. W wielu przypadkach dopiero wyładowania wzruszeniowe, emocjonalne, powodują umieszczenie chorego w szpitalu. Czem rychlej nastąpi rozpoznanie porażenia postępującego, tem lepsze są widoki wyleczenia.

Autor wywody swoje popiera faktami z własnego doświadczenia klinicznego.

8) Dr. Kirschner (Kraków):

STOSUNEK KONSTYTUCJI SOMATOPSYCHICZNEJ DO OBRAZU KLINICZNEGO PRZY PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM.

(Streszczenia nie nadesłano).

9) Dr. Matecki (Warszawa):

O KORELACJI KLINIKI I KONSTYTUCJI W PSYCHOZACH POCHODZENIA KIŁOWEGO (autoreferat).

W obrębie porażenia postępującego przeważa typ pikniczny: u mężczyzn w 57 proc. wypadków, u kobiet w 70 proc. W wiądo-paraliżu występują bądź typy zchizafinowe czyste, bądź też skombinowane z budową pikniczną W jednym przypadku kiłowej halucynozy Plauta stwierdzono typ leptosomiczny.

Zaburzenia psychiczne par excellence egzogenne (Exogener Prädilektionstyp Bonhoeffera) spotyka się wśród przedstawicieli wszelkich typów konstytucyjnych. Im bardziej oddalamy się od klasycznego piknizmu, im bardziej nasilają się elementy schizafinowe, tem wyraźniej również w obrazie klinicznym zarysowują się pierwiastki z grupy schizofrenji, natomiast wysuwają się na plan drugi objawy z dziedziny stanów manjakalnych wzgl. depresyjnych.

Korelacja między obrazem klinicznym psychoz kiłowych a konstytucją jest bardzo ścisła. Częstokroć udaje się stwierdzić, że uwzględnienie czynnika konstytucyjnego pozwala bliżej wejrzeć w strukturę kliniczną w tych przypadkach, w których nie wystarcza analiza wyłącznie lokalizacyjno-mózgowa. Niemożność ustalenia w chwili obecnej paralelizmu anatomo-klinicznego tłumaczyć się może zarówno niedostateczną jeszcze rozbudową nauki o lokalizacji mózgowej, jak również może pominięciem w rozważaniach roli aparatów endokrynno-wegetatywnych, na których znaczenie dla powstania pewnych fenomenów psychopatologicznych, jak np. omamów, wzkazują badania nad eidetyzmem. To też typy somatyczne wyodrębnione przez Kretschmera, stanowiące niejako ekspozyturę widomą funkcji całego ustroju, zarówno jego aparatu cerebralnego, jak i ekstracerebralnego, wykazują bardzo ścisłą korelację z obrazem klinicznym, a nawet większą niż same obrazy histopatologiczne mózgu. Typ konstytucyjny osobnika jest tylko wykładnikiem konstytucjonalnej możliwości pewnych systemów biologicznych, łatwiej ulegających zaburzeniom pod wpływem różnych szkodliwości. W ten sposób zostaje przerzucony most od koncepcji konstytucyjnej do lokalizacyjnej; staje się zrozumiałem, że badanie konstytucyjne stanowić winno organiczną część badania klinicznego. Wywody powyższe oparte na badaniach nad psychozami kiłowemi być może rzucą pewne światło na zawiłą problematykę struktury klinicznej psychoz egzogennych wogóle.

II-gi DZIEŃ ZJAZDU.

Higjena Społeczna.

1) prof. Borowiecki (Poznań):

NERWICE JAKO CHOROBY SPOŁECZNE.

(Streszczenia nie nadesłano).

2) Ks. Rękas (Kulparków):
STERYLIZACJA UMYSŁOWO CHORYCH W ŚWIETLE NAUK — ETYKI I SOCJOLOGJI (Autoreferat).

Aktualność problemu. Postępujące zwyrodnienie ras. Przykłady z historji: Persja, Grecja, Rzym, psychicznie chorzy przy władzy w chwilach upadku ras. Zawodność różnych środków obrony rasy: Eliminacja, deportacja, izolacja. Konieczność wykluczania nienormalnych i zbrodniczych jednostek od rodzenia dzieci. Higjena rasy — eugenika — Galton — twórca jej uważał ją za część religji, miała uczyć ludzi odpowiedzialności wobec przyszłego pokolenia, tworzyła nowe formy etycznych postulatów.

Zgodność postulatów higjeny rasy, biologji, medycyny z postulatami religji i prawa kościelnego w sprawie odpowiedzialności aktu małżeńskiego dla przyszłości społeczeństwa — jest to sprawa nie tylko jednostki, ale społeczna.

Etyczność sterylizacji może być udowodniona, jeśli wykaże się, że ten środek ostateczny musi być zastosowany dla koniecznej, ostatecznej obrony społeczeństwa. Uregulowanie tej sprawy ustawowe — przymusowe sterylizowanie jednostek umysłowo chorych, zbrodniczych, mogłoby nastąpić wtedy, gdyby na wypadek nadmiernego rozwoju liczebnego takich jednostek udowodniono, że pewne choroby umysłowe i zbrodniczość dziedziczą się, gdyby nie było innych środków mniej pewnych, o mniej wątpliwej wartości zapobiegawczej i etycznej.

Stan moralnej konieczności, ostateczności dla państw jeszcze nie został stwierdzony; lekarze i socjologowie nie są w tym wypadku jednomyślni. Trudność prognozy w sprawach dziedziczenia jest jeszcze olbrzymia. Wiele wypadków wskazuje, że chorzy umysłowo są bezpłodni, nie zdolni do aktu małżeńskiego. Niektóre formy chorób umysłowych dziedziczą się, inne tą tylko drogą jeszcze się pojawiają.

Dla poprawy i obrony rasy trzeba użyć wszystkich dróg, nietylko sterylizacji, która zdaniem wielu badaczy jest w tym kierunku bez poważniejszego znaczenia. Szerzej jeszcze stosować wychowanie lecznicze nienormalnych, politykę mieszkaniową poprzeć argumentami z higjeny rasy, tymi postulatami wykazać, że należy jeszcze usilniej dążyć do rozwoju życia wiejskiego, poprawy stosunków obyczajowych, do praktycznego chrześcijaństwa. Trudność jest tu olbrzymia, tworzy się błędne

koło: zbrodniczość i anormalni zwiększają zepsucie obyczajów, a z zepsucia obyczajów rośnie zbrodnia i choroba.

Do tych środków pozytywnych dodać środki negatywne: walka z alkoholizmem, pornografją, prostytucją. Tworzyć instytucje porad przedślubnych. Zamknięcie w zakładach nie załatwia ostatecznie kwestji rozpładzania się chorych umysłowo.

Państwo ma prawo usunąć jednostkę szkodliwą dla społeczeństwa, ma prawo bronić się przed tą, która w sobie nosi zarodki całego szeregu takich jednostek. Lekarz, sędzia, ustawodawca powinni decydować w takich wypadkach, jako w sprawie społecznej samoobrony.

Skutki sterylizacji są narazie według badań lekarzy i socjo logów dość wątpliwe i bez szerszego znaczenia dla kwestji higjeny rasy. Wchodziłyby w grę tylko wypadki ostre, najcięższe, o wyraźnej djagnozie i prognozie, bo w innych wypadkach granice między normalnem a nienormalnem są bardzo nieustalone, a te ostre wypadki są załatwione dożywotnem zamknięciem w zakładach, lub zjawiają się zapóźno, gdy już chory miał dzieci.

Przymusowe wprowadzenie sterylizacji masowej, ustawowej pacjentów zakładów psychjatrycznych pogłębiłoby wrogie nastawienie społeczeństwa do tych zakładów.

Ustawowe wprowadzenie sterylizacji w Ameryce praktycznie zostało bez poważniejszego znaczenia. Wiele chorób psychicznych i wypadków zbrodniczych ma przyczyny wybitnie zewnętrzne, nie wewnętrzne, dziedziczne. W pewnych poszczególnych wypadkach dla uleczenia pewnych chorób sterylizacja jest stosowana z dobrym skutkiem, w innych wypadkach wywołuje nawet ciężkie nowe zaburzenia fizjologiczne i psychiczne. W wielu wypadkach stosują ją ze względów nie medycznych.

Uregulowanie ustawowe tej sprawy jest wskazane dla wyjaśnienia sytuacji i zapobieżenia nadużyciom dla względów niemedycznych i przeciwnych celowi, dążących do wyniszczenia, nie ochrony rasy.

3) doc. Demianowski (Lwów):

PROBLEM SEKSUALNY A HIGJENA PSYCHICZNA.

(Streszczenia nie nadesłano).

4) prof. Halban i prof. Rothfeld (Lwów):

PRZYPADEK KURCZÓW PODKOROWYCH.

(Streszczenia nie nadesłano).

5) dyr. Stryjeński (Kobierzyn):

PRAWNE PODSTAWY DLA OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI POZA ZAKŁADEM.

(Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja

w dniu I-m Zjazdu.

1) Dr. Nelken podkreśla, jak psychjatrze trudno jest pogodzić się z tem, że pacjent, który przechodził psychozę organiczną chroniczną, ma być odpowiedzialny za swe czyny. Opierając się na własnem doświadczeniu dotyczącem 100 oficerów paralityków leczonych malarją, którym dawano tylko kategorję C (zdolność do służby wojskowej bez broni) i to pod warunkiem 2 krotnych kontroli w ciągu roku, uważa, że paralitykom po malarji trzeba conajmniej przyznać zmniejszoną poczytalność.

2) dyr. Łapiński uważa malarję za metodę leczniczą niebezpieczną, którą można stosować tylko u osobników o silnym organiźmie. Na pierwszym planie należy postawić inne leczenie.

3) dyr. Falkowski podziela zapatrywania dyr. Łuniewskiego i przytacza 2 własne przypadki paralityków, którzy po malarji byli zdolni do pełnienia swego zawodu (maszynista i urzędnik skarbowy). Nawet paraliż nie jest wystarczający jako taki do uznania zawsze niepoczytalności.

4) dyr. Bielawski podkreślając ważność tematu uważa, iż należy ustalić pewne wytyczne dla uniknięcia schematyzowania. Chwilowo należy pamiętać przedewszystkiem o interesie społeczeństwa.

5) dyr. Wiendlocha zaznacza, że w Rybniku wyklucza się chorych nerkowych i sercowych od leczenia zimniczego, a uleczonych obniżenie temper. poniżej 36° uważa się za moment alarmujący.

6) dyr. Stryjeński nie widzi powodów, aby p. p. co do wymienionych powyżej zagadnień traktować obrębnie, a więc inaczej jak inne choroby psychiczne. Jest także za indywidualizowaniem.

7) Dr. Handelsman nie zgadza się z dyr. Łapińskim i opierając się na statystyce Artwińskiego oraz referacie Messinga uważa, że wczesne leczenie p. p. malarją jest bardzo ważne. Co do referatu Kirschnera to podkreśla, iż wywody referenta są w sprzeczności z wszystkiemi innemi badaniami, między innemi także badaniami Mateckiego.

8) Dr. Kirschner odpowiada, że wiedział, iż wyniki jego nie zgadzają się z innemi statystykami, niemniej dalej trwa przy nich, gdyż sprawę traktował sumiennie.

9) Dr. Gradziński w odpowiedzi Łapińskiemu podkreśla dokładne badanie chorych przed leczeniem malarycznem, celem wykrycia wszelkich przeciwwskazań, jako najważniejszy warunek lecznictwa. W jednym tylko przypadku referenta malarja była przyczyną śmierci (pęknięcie śledziony). Pozatem podkreśla konieczność ostrożności w szczepieniu stanów katatonicznych paraliżu.

10) Dr. Matecki uważa wyniki wszelkich badań za miarodajne. Z dotychczasowych wyników tych badań nie wynika, aby jakiś typ był ochroną przed paraliżem. Najważniejsze jest nie to, że pewien typ przeważa, ale to, że istnieje związek między stanem cielesnym a postacią chorobową.

11) Doc. Artwiński żałuje, że nie może na podstawie swego materjału zreferować wniosków dyr. Łuniewskiego, gdyż materjał ten obejmuje b. mało paralityków z inteligencji. Wywody dr. Nelkena wydają mu się słuszne.

12) Dyr. Łuniewski w zakończeniu uważa nadal swe wnioski za nadające się do zrealizowania.

Dyskusja w dniu II-im Zjazdu.

1) prof Mazurkiewicz zgadza się z wywodami prof. Borowieckiego. Dziedziczenie uczuć i intelektu idzie zupełnie odrębnie. Ze wszystkich elementów psychicznych w najściślejszym związku z genami jest uczucie.

2) dyr. Wiendlocha: Badanie stosunku systemu wegetatywnego i endokrynnego ułatwi poznanie nerwic.

3) Dr. Nelken podkreśla znaczenie psychoanalizy w nauce o nerwicach, co wykazały zwłaszcza doświadczenia wojenne ukazując ad oculos mechanizmy psychiczne (psychozy poborowe, urlopowe itp.). Kasy Chorych prowadzą typową fuszerkę odnośnie do leczenia nerwic.

4) Dr. Chłopicki zaznacza, że leczenie fizykalne jest bardzo ważne, obok innych, podczas gdy psychoanaliza skrajnie prowadzona jest szkodliwą.

5) Dyr. Łuniewski: Ubezpieczenia społeczne są ważne w powstawaniu nerwic i dlatego należy zbadać także i szkodliwości opieki społecznej.

6) prof. Borowiecki: Z powodu znacznej rozbieżności zapatrywań sprawa nerwic należy do ważnych tematów. Wiedza nasza jest szczupła, istnieją dopiero próby uzgodnień. Wykład referenta był tylko syntezą, nie mógł więc wchodzić w szczegóły.

Odnośnie do przemówienia p. Mazurkiewicza referent pozostaje nadal przy swem stanowisku, opierając się na Rüdinie i innych.

W odpowiedzi Chłopickiemu uważa referent, iż został źle zrozumiany, gdyż wedle niego leczenie fizykalne ma duże znaczenie, gdyż ułatwia kontakt z chorym, zwłaszcza gimnastyka, sporty i masaże, mniej elektroterapja. W Polsce niema sanatorjum dla nerwicowych niezamożnych; takie sanatorjum jest bardzo potrzebne.

7) dyr. Łuniewski: Wyniki sterylizacji są jak dotąd marne. W referacie Demianowskiego nie ma hygjeny psychicznej.

8) Dr. Nelken: W teorji niema oporów, dopiero w praktyce występują trudności i sprzeciwy nawet ze strony eugenistów (przykład z Burghölzli). Należy zerwać z teoretycznemi rozważaniami, a przejść do praktyki. Są przypadki, gdzie sterylizacja nasuwa się jako nieunikniona konieczność (cele humanitarne). Należy zawsze indywidualizować i zawsze wykonać tylko za zezwoleniem władz.

9) Dyr. Łapiński popierając rezolucję Stryjeńskiego radzi zwrócić się także do społeczeństwa o pomoc.

10) Ks. Rękas jest tego samego zdania.

III. Dzień Zjazdu.

1. Doc. Wichert i Dr. Dreszer (Warszawa):

Z HISTOPATOLOGJI PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO (autoreferat).

Materjał obejmuje 13 przypadków, z tego 8 leczonych zimnicą. W przypadkach leczonych zimnicą nie stwierdzono zwolnienia procesu chorobowego w obrazie histologicznym

zwłaszcza jeżeli to dotyczy zmian zwyrodnieniowych, jedynie zmiany zapalne w niektórych przypadkach wykazywały mniejsze nasilenie. Obraz ten był zresztą zgodny z przebiegiem klinicznym, który nie wykazywał w żadnym przypadku tendencji do remisji. Pozostałe 5 przypadków wyróżniających się pewną atypowością przebiegu wykazały również zgodność pomiędzy obrazem klinicznym i histologicznym, t. j. atypowość znajdowała swój wyraz w obrazie histologicznym. Zwłaszcza uderzały zmiany w jądrach podstawy. W przypadkach z zaburzeniami afektywnemi (apatja, stan stuporowaty) mogłoby to być pewnym przyczynkiem do znaczenia jąder podstawy w życiu afektywnem według teorji Mazurkiewicza.

2) Dyr. Al. Piotrowski — Dziekanka:

CZY ROKOWANIE W PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM OBECNIE JEST POMYŚLNIEJSZE? (autoreferat).

Już w okresie terapeutycznego nihilizmu, powodowanego dogmatem o nieuleczalności paraliżu postępującego, były znane przypadki, w których stan somatyczny i psychiczny znacznie się poprawił bez leczenia wzgl. nastąpiła regresja objawów chorobowych cielesnych i psychicznych, tak że w praktycznem znaczeniu owe przypadki uchodzić mogły za uzdrowione. Te spontaniczne remisje (25 proc., Meggendorfer) trwały zwykle 3—6 miesięcy, we wyjątkowych przypadkach nawet 12—32 lat.

Wobec tego teza o nieuleczalności paraliżu postępującego upadła, a nihilizm terapeutyczny ustąpił miejsca wzmożonej działalności leczniczej.

W miarę ustalenia się opinji o luetycznem pochodzeniu choroby rozpowszechniała się terapja antiluetyczna w różnych odmianach. Z roku na rok pojawiały się i pojawiają nowe środki, zapowiadające lepsze sukcesy lecznicze, liczniejsze i trwalsze remisje. Początkowy entuzjazm ostudził się jednak, gdy oczekiwania zawiodły, chociaż niektórzy autorzy donosili o 68 proc. poprawy (incl. remisji). Śmiertelność leczonych dochodziła do 34 proc.

Zaobserwowane w pewnych przypadkach paraliżu postępującego polepszenia stanu psychicznego po ostrej chorobie z gorączką były pobudką do zastosowania terapji hyperpyretycznej. Atoli i leczenie hyperpyretyczne zapowiadające (ze 61 proc. remisji otrzymał Wagner von Jauregg po zastrzykach

poliwalentnej wakcyny stafilokokowej) poważny sukces terapeutyczny, przy dalszych próbach różnego typu wypadło mniej pomyślnie i nie wykazało znaczniejszej przewagi nad leczeniem antiluetycznem.

W terapji hyperpyretycznej malaryzacja zajęła dominujące miejsce, mimo śmiertelności leczonych dochodzącej do 24 proc.

Te dwie zasady leczenia, t j. leczenie antiluetyczne i terapja hyperpyretyczna, połączyły się wreszcie do wspólnego działania jako leczenie skombinowane, które podwyższyło skalę procentową poprawy u niektórych autorów do 70 proc. Nie jest atoli rozstrzygnięta kwestja, który czynnik w leczeniu skombinowanem odgrywa decydującą rolę.

Stwierdzono tu i tam, że tylko świeże przypadki (i osoby młode, silne, odporne) nadają się do leczenia, natomiast dalej posunięte przypadki (mianowicie osoby z różnemi wadami w narządach) nie tylko nie poprawiają się, lecz przeciwnie ich stan fizyczny nieraz szybko się pogarsza i chorzy umierają przedwcześnie. Nie każdy paralityk bowiem znosi kurację malaryczną. Tylko pewne, odpowiednio dobrane typy chorobowe mogą być poddane malaryzacji z widokami na polepszenie stanu chorobowego wzgl. bez obawy przed zbyt szkodliwemi następstwami kuracji dla stanu somatycznego i psychicznego leczonych. Znaczna ilość chorych reaguje negatywnie na leczenie wogóle, a na malaryzację w szczególności. Niebezpieczeństwa malaryzacji oraz ważne przeciwwskazania są przestrogą przed zbyt pochopnem stosowaniem tej metody terapeutycznej i nakazują ostrożne postępowanie w wyborze kandydatów potrzebujących leczenia. Ta okoliczność osłabia wartość leczenia malarją; w malaryzacji zatem nie osiągnięto jeszcze racjonalnej terapji porażenia postępującego. Korzystniej przedstawia się rzecz z terapją kombinowaną. Liczne próby lecznicze przeprowadzone środkami chemicznemi dały wyniki często nie gorsze od wyników terapji mieszanej i rozpowszechniają się na równi z malaryzacją, przytem są one mniej szkodliwe. Postęp w lecznictwie paraliżu postępującego kroczy naprzód żwawo i daje się także zauważyć w Dziekance. Między wypisanymi z Zakładu paralitykami było poprawy (incl. remisji) w okresie od 1900 do 1910 roku 13.27 proc., do 1925 roku 14.82 proc., do 1931 r. 36 proc., chociaż pod pewnym względem wyniki kuracji wyłącznie malarycznej nie przedstawiają się tak pomyślnie jak rezultaty, które osiągnęli optymistycznie nastawieni zdeklarowani zwolennicy tej

metody. Wyższa odsetka poprawy tłómaczy się raczej intensywnem i odpowiedniem konsekwentnem leczeniem, swobodniejszem traktowaniem chorych; leczenie wspierają hygjeniczne warunki życia, spokój, wygoda, zdrowy, lekki, strawny, dostateczny pokarm. Głosy zebrane z piśmiennictwa jako też własne doświadczenia pozwalają wnioskować, że rokowanie w porażeniu postępującem jest obecnie pomyślniejsze.

Problem leczenia paraliżu postępującego zawiera jeszcze mnóstwo zagadnień nierozwiązanych. Nauka nie dała wyczerpującej i zadowalającej odpowiedzi na pytanie, dlaczego tylko 4 — 5 proc. luetyków zapada na porażenie postępujące wzgl. dlaczego 95 — 96 proc. syfilityków pozostaje wolnych od następstw paralitycznych? Dlaczego tak często ulegają zachorzeniu na paraliż postępujący luetycy leczeni, a omijani są przez tę chorobę syfilitycy nieleczeni? Dlaczego u jednego paralityka następuje po pewnym czasie poprawa stanu cielesnego i psychicznego bez leczenia, a u innego chorego kuracja nie tylko nie skutkuje, ale raczej szkodzi? Dla czego u niektórych chorych malarja, kilkakrotnie zaszczepiona, nie przyjmuje się, chociaż w innych przypadkach ten sam szczep spowodował gorączkę? Na czem polega stabilność i odporność krętków bladych? Uderza badacza nierównomierność wyników terapeutycznych, której nie da się wytłumaczyć ani trwaniem choroby ani formą cierpienia ani konstytucją leczonego. Uderza dalej niewspółmierność między obrazem klinicznym choroby a obrazem humoralnym tego rodzaju, że np. paralityk wyleczony klinicznie wykazuje zmiany patologiczne w płynie mózgordzeniowym i w surowicy i na odwrót paralityk z objawami klinicznemi ma normalny płyn i surowicę, albo istnieje pozytywny Wassermann w surowicy w przypadkach dobrej remisji klinicznej. Niema paralelizmu między poszczególnemi objawami patologicznemi w płynie mózgordzeniowym. Są to kwestje, które m. in. wymagają wyjaśnienia.

3) Dr. Dretler (Kobierzyn):

WPŁYW LECZENIA MALARJĄ NA PRZEPUSZCZALNOŚĆ BARJERY OPONOWEJ (autoreferat).

Na podstawie 90 badanych paralityków autor dochodzi do wniosku, że malarja wpływa na przepuszczalność opon mózgo-rdzeniowych, która to przepuszczalność wzrasta (obniża się wartość bromu

w płynie). Pozatem istnieje prawdopodobnie równoległość tych zmian z poprawą psychiczną, możliwa jest także równoległość z cofaniem się dodatnich odczynów białkowych i pleocytozy. Nie można było wyjaśnić przyczyny podobnego zachowania się płynu, ani nawet wskazać czynników, które wpływają na poziom bromu w płynie. Należy zrewidować dotychczasowe zapatrywania doszukujące się poszczególnych czynników, wpływających bezpośrednio na zmiany płynu, gdyż obecnie nie wytrzymują one krytyki.

4) Dr. Bornsztajn (Kraków):

O ZESPOŁACH KATATONICZNYCH W PRZEBIEGU PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO (Streszczenia nie nadesłano).

5) Dr. Świerczek (Dziekanka):

KRYTYCZNE ROZWAŻANIA NAD MALARJĄ LECZNICZĄ W PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM (autoreferat).

W pierwszej części referatu autor daje przegląd piśmiennictwa, zarówno odnośnie do malarji leczniczej, jak i etjologji, patogenezy i terapji paraliżu. W drugiej cześciej donosi o dalszych rezultatach leczenia malarją porażenia w Dziekance. Całkowity materjał Dziekanki wynosi 101 przypadków (z tego 79 omówionych w poprzedniej pracy autora), Wyniki: 11 proc. zgonów, 4 proc. pogorszenie, 57 proc. bez zmiany, a 29 proc. poprawy (w czem 10 proc. remisji). Część trzecia obejmuje uwagi krytyczne oparte na piśmiennictwie i własnem doświadczeniu. Autor występuje przeciw przecenianiu wartości malarji leczniczej.

6) Dr. Bornsztajn (Kraków):

O PRZEBIEGU I WYNIKACH LECZENIA PARALIŻU POSTĘPUJĄCEGO U ŻYDÓW.

(Streszczenia nie nadesłano).

7) Dr. Demianowska (Lwów):

PRZYCZYNEK DO SYMPTOMATOLOGJI SCHORZEN PŁATA CZOŁOWEGO.

(Streszczenia nie nadesłano).

8) Dr. Fraenklowa (Lwów):

LECZENIE UMYSŁOWO CHORYCH PRZY POMOCY TRWAŁEGO SNU.

(Streszczenia nie nadesłano).

8) Dr. Wilczkowski (Warszawa):

BADANIA NAD KATALAZĄ U CHORYCH PSYCHICZNIE.

(Streszczenia nie nadesłano).

9) Dr. Katzówna (Kulparków):

HIGJENA PSYCHICZNA W OŚWIETLENIU NAUKI O PSYCHOANALIZIE.

(Autoreferat).

Chęć odebrania jednostce troski i pracy o jej dobro i obciążenie tą pracą ogółu, było zawiązkiem higjeny społecznej. Historja rozwoju higjeny psych. Dickens, Z. Freud, Clifford, W. Beers i zespół 14.

Higjena mentalna staje się hasłem dla każdego ruchu kulturalnego we wszystkich częściach świata, powstają organizacje, centra naukowe i teorje, przepisy i zasady, od których utrzymania, a względnie przekroczenia zależy zdrowie psychiczne jednostki i ogółu. I dziś jest wiadomo, że widmo chorych nerwowych nie jest łagodniejszem od widma gruźlicy i, że zapobieganie schorzeniom nerwowym przez wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń i dysharmonji psychicznych dziecka, jako też odpowiednio pokierowane wychowanie, może przyczynić się do wychowania psychicznie zdrowego człowieka, a nawet może zapobiec katastrofie psychicznej. Obrona indywidualnego życia psychicznego w ramach mechanizacji współczesnej techniki. Biologiczne i psych. różnice między dorosłym, a dzieckiem. Sytuacja śródrodzinna dziecka, stosunek jego do ojca i matki, drogi i warunki identyfikacji i sublimacji, jakoteż zaburzenia tych procesów rozwojowych. Wpływ ich na formowanie się zdrowej psychicznej struktury. Fazy rozwojowe dziecka, ich dynamika i wpływ ich na całokształt rozwoju. Otoczenie najbliższe dziecka, jego wpływ na rozwój zaburzeń i dysharmonji psychicznej. Znaczenie winy i kary w tworzeniu się objawów asocjalnych u dziecka i młodocianego. Asocjalność i neuroza jako objaw zaburzenia równowagi intrapsychicznej, jako chorobliwa próba wyładowania napięcia, którego dynamika nie pozwala jednostkom silnie popędowym hamować się i należycie sublimować.

Znaczenie dziedziczności cech i dyspozycji, znaczenie pedagogji seksualnej dla higjeny mentalnej (Z Freud, Havellock Ellis, Brown Sequard). Konieczność uporządkowania własnej psychiki

i zrozumienia własnych kompleksów wychowawców i rodziców, zanim dostają objekt dla zabiegów wychowawczych.

Dom i szkoła — znaczenie ich w tworzeniu się struktury psychicznej człowieka zdrowego i powstawanie dysharmonji i zaburzeń w wypadku nieodpowiedniego wpływu tych 2 czynników na duszę i charakter dziecka.

Konieczność korektury owych zaburzeń u dziecka zapomocą postępowania wychowawczo-lekarskiego w środowisku innem od domowego. Konieczność zakładania domów wychowawczo-lekarskich i klinik neuro-psychjatrycznych dla dzieci, jako podwaliny dla stworzenia profilaktyki zdrowia psychicznego dziecka i dorosłego.

10) Dr. Katzówna (Kulparków):

ZNACZENIE PSYCHOMOTORYKI DLA PRZEBIEGU I PROGNOZY PSYCHOZ ENDOGENNYCH.

(Autoreferat).

Bjologiczne znaczenie korelacji między budową ciała, a charakterem, jakoteż typów konstytucyjnych Kretschmera. Niezależność jego nauki od wieku, rasy i terytorjum. Pojęcie psychomotoryki. Psychomotoryka jako eksperymentalna typologja, znaczenie psychomotoryki dla określenia profilu psychicznego człowieka zdrowego i psychicznie chorego. Przesunięcia wartości psychomotorycznych, jakościowo i ilościowo, od zdrowia psychicznego do choroby psychicznej. Analiza twórczości psychomotoryki człowieka. Rytm, jako wyraz psychomotoryki. Kilka słów o określaniu rytmu przez rosyjskich badaczy G. i O. i krytyka tegoż. Wyniki badań eksperymentalnych psychomotorycznego tempa i innych wartości psychomotorycznych na klinice w Marburgu. Pismo i chód jako wyraz psychomotoryki — analiza tychże. Psychomotoryka jako nauka pomocnicza w badaniu osobowości w zdrowiu i chorobie. Ogólna motoryka całego ciała i ręki (zręczność). Analiza tych wartości z uwzględnieniem habitus psychofizycznego człowieka zdrowego i zmienione do groteski i manier w razie katastrofy psychicznej. Potwierdzenie eksperymentu 4 historjami choroby typów rasowo i terytorjalnie różnych. Znaczenie psychomotoryki dla nakreślenia linji życiowej człowieka zdrowego na podstawie jego uzdolnienia psychofizycznego — w razie choroby dla przebiegu i prognozy.

Uwzględnienie uzdolnienia psychomotorycznego w kwalifikacjach pracy uzdrowieńców w obrębie zakładów zamkniętych.

Dyskusja.

1) dr. Janusz (do Dreszera): Nikt nie zwrócił uwagi na wykazywanie spirochet u paralityków. Wykazano krętki w nadnerczach, ścianie naczyń, szpiku kostnym i śledzionie. Histologiczne badania pozwalają poznać biologję krętków. Referent pokazuje fotografję ze swej pracy, która dowodzi rozmnażania się krętków drogą podziału (nie płciowo). (Do Dretlera): Kocborowo uważa, że malarja przełamuje barjerę oponowo-naczyniową.

2) dyr. Stryjeński: Niema w Polsce zakładu dla dzieci. Potrzebna jest inicjatywa. Kuracje snem wymagają ostrożności, a metodyka jest różna.

3) dr. Liszka (do Fraenklowej): Nie podziela sceptycyzmu co do stosowania somnifenu dożylnie, czy domięśniowo i przedstawia metodykę Drewnicy, gdzie wyniki nie są gorsze od wyników Fraenklowej. Somnifen jest bardzo korzystny (symptomatycznie).

4) dr. Meissner (do Bornsztajna) podaje, że widział 3 przypadki pp. po malarji, typowo katatoniczne. Nie wydaje mu się, aby żydzi częściej zapadali na paraliż. Zbiera statystykę z wojew. Krakowskiego i nie spotkał większej zapadalności żydów na p. p. (Do Dretlera): Inaczej się sprawa przedstawia w świetle badań. Główne znaczenie przypisuje się stanowi samych komórek nerwowych (badania p. Stern).

5) dr. Dretler: Musimy odróżniać systemy krew — płyn, płyn — tkanka, tkanka — krew. Przepuszczalność opon (współczynnik) zwiększa się podczas malarji. Każde ciało ma inną przepuszczalność.

6) Dr. Bornsztajn zgadza się z Meissnerem, że p. p. wyzwala syndrom katatoniczny. Opiera się na danych statystycznych i nadal twierdzi, że u żydów zapadalność na paraliż jest większa i przytacza statystykę Badler (Londyn) i niemiecką.

7) Fraenklowa (do Stryjeńskiego): Referuje technikę leczenia snem i przypuszcza, że momenty konstytucyjne odgrywają dużą rolę w tłumaczeniu działania i przytacza różne teorje w tym zakresie. (do Liszki): Doświadczenia w injekcjach somnifenu nie ma, ale literatura wykazuje komplikacje przy stosowaniu injekcji somnifenu.

Rezolucji zgłoszono 4.

1) prof. Rothfelda (pro foro interno): referenci zechcą w przyszłości ograniczać piśmiennictwo, a podawać wyniki własnych badań,

2) dyr. Łuniewskiego: o wydatne poparcie opieki pozazakładowej oraz apel do władz o prawne uregulowanie opieki pozazakładowej przez państwo.
3) prof. Borowieckiego: o zwrot sanatorjum w Karolinie dla leczenia nerwic.
4) dyr. Fuhrmanna: do rządu o ukończenie szpitalów w Chełmie i Gostyninie.

Wszystkie przyjęto przez aklamację.

Uchwalone wnioski.

XI Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie na Walnem Zgromadzeniu dn. 24 maja 1931 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski.

I. Stwierdzając, że rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi może częściowo złagodzić ujemne skutki niedostatecznej liczby miejsc w zakładach psychjatrycznych, oraz, że rozwój tej opieki jest zgodny z nowoczesnemi tendencjami lecznictwa psychjatrycznego — XI Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do władz państwowych, samorządowych oraz do społeczeństwa z prośbą o wydatne poparcie rozwoju opieki pozazakładowej, jako ważnego działu opieki społecznej, i do władz państwowych o nadanie tej postaci opieki podstaw prawnych.

II. Uważając sprawę zapobiegania nerwicom i ich leczenie za jeden z bardzo ważnych punktów programu hygjeny psychicznej, i wobec niemożności sanatoryjnego leczenia nerwic u osób niezamożnych, Zjazd uchwala zwrócić się do odpowiednich czynników o zwrot sanatorjum dla nerwowo chorych w Karolinie stosownie do jego pierwotnego przeznaczenia.

III. Katastrofalnemu brakowi łóżek psychjatrycznych w Polsce miały do pewnego stopnia zapobiec trzy wojewódzkie szpitale psychjatryczne w Chełmie, Choroszczy i Gostyninie. Dotąd udało się tylko częściowo uruchomić szpital w Choroszczy. Z powodu braku funduszów grozi nie tylko wstrzymanie wzgl. opóźnienie realizacji dwóch pozostałych zakładów, lecz i zmarnowanie wielkich sum inwesto-

wanych dotąd w obie budowy. Wobec tego stanu rzeczy XI Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie zwraca się do władz państwowych z prośbą o umożliwienie jaknajszybszego ukończenia budujących się szpitali psychjatrycznych przez wyjednanie niezbędnych środków finansowych.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ LEKARSKICH.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance
dnia 17. sierpnia 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. KAMIEŃSKI.

I. p. **Bielawski** przedstawia pacjenta S., weterynarza, lat 44. W rodzinie nie zachodziły żadne choroby psychiczne, ani nerwowe. Pacjent w dzieciństwie przechodził szkarlatynę, później zapalenie mózgu po upadku z konia. W szkole uczył się dobrze, był bardzo zdolny, lecz drażliwy i pretensjonalny. Oddawna używał alkoholu, raz więcej, raz mniej, gdyż „potrafił nad sobą panować". Obecna choroba trwa od kilku miesięcy i zączęła się pijaństwem i urządzaniem awantur; pacjent w tym czasie zmarnotrawił 40 — 50 tysięcy złotych. Dawne cechy charakteru jak drażliwość, zaczepność, spotęgowały się, samopoczucie wzmogło się. S. uważał zawsze, że ma rację, kazał policji stawać na baczność jako przed oficerem rezerwy. Żona badanego podała, że przed rokiem S. był spokojniejszy niż kiedykolwiek i przestał pić. Okres ten był najmilszy dla żony z całego współżycia jej z mężem. Nagle jednak S. zmienił się, począł pić i robić burdy.

Badanie wykazało u S. następujące znamiona chorobowe:

a) cielesne: asymetrja twarzy, lewa szpara oczna rozszerzona, bruzdy lewej strony twarzy wygładzone, kontury niewyraźne, drżenie górnej wargi podczas mówienia; badany mówi prawą stroną ust. Pozatem daje się zauważyć drżenie wysuniętych rąk i zamkniętych powiek.

b) psychiczne: badany jest zupełnie zorjentowany, znajduje się w stanie hypomanji, czasami silnie się podnieca i daje do zrozumienia, że może odegrać ważną rolę, stale domaga się zwolnienia z zakładu. Zresztą zachowuje się poprawnie.

Referent rozpoznaje u chorego alkoholizm chroniczny i psychopatję.

II. Następnie p. **Zajączkowski** przedstawia podsądnego Z. Z zeznań matki dowiadujemy się, że ojciec badanego znajduje się w więzieniu. Sam Z. podaje, że matka jest alkoholiczką, że się z niej ludzie śmieją, pokazują ją sobie na ulicy i wołają na nią „warjatka". Ojciec pił, brat był epileptykiem, umarł w więzieniu. Badany uczęszczał do szkoły niemieckiej, której nie skończył, doszedł do 4. klasy. Nauczyciele bili go codzień, bo mu ciężko szła nauka, zwłaszcza rachunki. Do komunji św. przystąpił w 14-ym roku życia; przez parę lat ksiądz go odsuwał od nauki przygotowawczej za to, że nie mógł się nauczyć katechizmu. Od wczesnej młodości włóczył się po okolicy; pasał dorywczo gęsi, bydło, niczem się nie zajmował. Dzieci za nim biegały, wołały „głupi Leonek" i kazały mu tańczyć, bo go „tak lubiły". W 1925 r. Z. popełnił pierwszą kradzież i od tego czasu kradł. Porwał przekupce z przed oczu kaczkę bo towarzysz kazał mu to robić, ukradł damskie trzewiki i włożył je zaraz na nogi.

Badany niezupełnie jest zorjentowany w czasie, okazuje pogodny nastrój, udziela się chętnie, twierdzi, że jest zdrów i z głupkami nic nie ma do roboty. Rozwój umysłowości badanego stoi na wysokości poziomu inteligencji 11-toletniego dziecka. Badany jest bardzo sugestywny i ma łatwo zmienny afekt; śmieje się, zachłystując się z radości, to znów po chwili płacze nad swoim smutnym losem. Z. zdradza wybitny brak pojęć wyższych i oderwanych. Jak każdy człowiek tego typu, badany jest nadzwyczaj sugestywny i ulega namowom drugich. Jego sfera afektywna, nie mająca nad sobą normalnego hamulca w postaci rozwiniętego intelektu, ulega silnym wahaniom i pod wpływem już minimalnych bodźców badany popada w stany krótkotrwałych, lecz daleko posuniętych depresji, podczas których zdradza zamiary samobójcze. W czynach przestępczych podsądnego uderza ubóstwo i rażący brak przewidywania i krytycyzmu. Wobec tego p. Zajączkowski stwierdza, że Z. jest dziedzicznie ciężko obarczony i wykazuje wybitne defekty psychiczne z ubóstwem intelektualnem. Z. jest dotknięty ciężkim niedorozwojem umysłowym (imbecillitas), który to niedorozwój równa się chorobowym zaburzeniom umysłu takiego stopnia, który wyklucza możność kierowania się wolną wolą; podsądny jest niepoczytalny w myśl § 51 n. k. k.

Dyskusja.

P. **Medem** zapytuje się, czy nie zauważono u S. objawów dysartrji, zwłaszcza wtedy, gdy badany mówił w afekcie. Podsądny Z. zdaniem p. Medema przedstawia dobrą ilustrację myśli wypowiedzianej onegdaj przez p. Bielawskiego o niesłuszności stanowiska, jakie zajmuje społeczeństwo w przedmiocie kary za przestępstwo.

P. **Piotrowski** zwraca uwagę na objawy porażenia n. twarzowego u pacj. Z., na drżenie ust podczas mówienia, na euforyczny nastrój, na ekscesy alkoholowe i rozrzutność. Podniecenie psychiczne cechuje stan manjakalny. Ponieważ badany nigdy nie chorował na psychozę manjakalno-depresyjną, a stan manjakalnego podniecenia powstał w okresie, kiedy najczęściej u mężczyzn występuje porażenie postępujące, ponieważ pacjent wykazuje wyraźne objawy neurotyczne, — należy w przypadku S. stan manjakalny, w połączeniu z objawami neurotycznymi uważać także jako ew. manifestację początkowego okresu paraliżu postępującego. P. Piotrowski zaleca zbadać krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na odczyn Wassermanna.

W przypadku podsądnego Z. p. **Piotrowski** przychyla się do opinji p. Zajączkowskiego i stwierdza, że podsądny jest głuptakiem znacznego stopnia i ex re swego ciężkiego upośledzenia intelektualnego za czyny swoje odpowiadać nie może.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 5. X. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI. (+)

P. Bielawski przedstawia podsądnego G., którego ojciec pijał dużo i umarł na chorobę serca. Dwóch braci zmarło w młodości, jeden przebywał w zakładzie dla psychicznie chorych, wystrzelił sobie oko. Badany wyszedł rzekomo z drugiej klasy szkoły ludowej, uczył się za szachtmistrza, służył w wojsku niemieckiem podczas wojny światowej jako kapral, gdzie został zraniony szablą w głowę, później brał jako żołnierz polski udział w powstaniu, następnie walczył w legji cudzoziemców w Marokko, gdzie spożywał bardzo dużo alkoholu, wypijał do 4 litrów dziennie wina i innych napojów alkoholowych. W Afryce miał szankier i „dostawał szpilki“ do żyły przez dłuższy czas‘

bo wrzód na członku nie chciał się zgoić. Chorował na malarję tropikalną. Od czasów wojskowych cierpi na epilepsję.

Budowa ciała podsądnego jest silna, wzrost 1,69 m. Tony serca nad tętnicą główną i płucną bardzo głuche. Objaw Piotrowskiego obustronnie dodatni, silnie wzmożone odruchy ścięgniste, odruch brzuszny dodatni. Pacj. utrzymuje się z trudem na nogach. Źrenice reagują niedostatecznie na światło i zbieżność.

Co do stanu psychicznego uderza niedokładna orjentacja podsądnego, który nie zna daty obecnej i źle podaje datę swego wstąpienia do zakładu. Zdania rachunkowe załatwia źle.

Badany dostał się do więzienia z powodu przestępstw, popełnionych w stanie pijanym, jak pobicie policjanta aresztującego go i wymuszenie pieniędzy od przechodniów. Obecnie G. okazuje skruchę, obieca, że będzie pracował i stwierdza, że czuje poprawę, ponieważ od 10 miesiący już nie pije i że alkohol wszystkiemu winien.

Następnie p. **Bielawski** przedstawia podsądnego R., urodzonego dn. 32. VI. 1906 r. Ojciec jego umarł na suchoty. Matka chorowała na umysł. R. jest mężczyzną wysokiego wzrostu (1,77 m), uszy ma sterczące, wyraz twarzy nieco martwy, oczy szkliste, źrenice oddziaływające dostatecznie na światło i zbieżność. Odruchów brzusznych brak. Podsądny jest oskarżony o podpalenie stogu i potrzaskanie grobowców. Daty obecnej nie może podać, odpowiada· „sam nie wiem". D. „jest zakładem spożywczym lub coś". R. poznaje dyrektora, bo „widzę tytuł, widzę władzę". Stogu nie podpalił, tylko go „przeniósł". Podpaliłby ponownie stóg, „kiedy się uda, przecież nie ma posady żadnej". Nie wie, czy wolno podpalić. Miesiące wylicza dobrze, w porządku wstecznym błędnie. Liczby powtarza źle.

Dyskusja.

P. Piotrowski w przypadku I. poleca zbadanie krwi podsądnego na plasmodja malarji, a płyn mózgowo-rdzeniowy na Wassermanna. G. jest oligofrenikiem. Co do napadów kurczowych, trzeba myśleć także o ew. symulacji, ponieważ podsądny jest człowiekiem doświadczonym, służył we wojsku niemieckiem, był w legji cudzoziemskiej, obracał się więc w różnych środowiskach i wie też, jak się „robi" napad kurczowy. G. nadu-

żywał alkoholu, więc należy wziąć pod uwagę ew. stan zamroczenia alkoholowego albo patologicznego odurzenia. Zaleca się przeprowadzić z podsądnym próbę alkoholową. Alkoholik jest drażliwy i nawet bez picia skłonny do czynów gwałtownych. Alkoholik, który znajduje się w stanie patologicznego odurzenia nic nie pamięta (z wyjątkami) z czasu chorobowego: czyny jego w tym okresie nie mają logicznego związku z działalnością poprzednią. Alkoholik w stanie odurzenia patologicznego jest niepoczytalny.

W przypadku II-im p. Piotrowski poleca uzupełnić anamnezę przez wywiad u firmy C., gdzie R. pracował jako ślusarz, o postępowaniu i wydajności pracy wymienionego, dalej u jego da niejszego opiekuna w kwestji dziedziczności. Należy myśleć o zachorzeniu infekcyjnem n. p. meningitis.

Badany jest zahamowany, niedostatecznie zorjentowany, myśli z trudnością, powoli, nie odpowiada do rzeczy, omija pytania (Vorbeireden), ma oczy szkliste, wzrok pytający, skierowany w dal, wypieki na policzkach. Odruchów brzusznych brak. Stan psychiczny kwalifikuje się jako zamroczenie świadomości. Chodzi tu albo o zamroczenie histeryczne u osobnika, który zachorował na psychozę reaktywną w więzieniu z powodu sprawy sądowej, — byłaby to wtedy psychoza więzienna z zespołem Ganzera — albo chodzi o stan odurzenia u osoby cierpiącej na egzogenną chorobę mózgową (infekcyjną), co ze względu na obraz psychiczny jest prawdopodobniejsze. W tym przypadku niewątpliwie choroba istniała już przed czasem krytycznym, kiedy zostały popełnione czyny karalne i badany popełnił je w stanie chorobowych zaburzeń psychicznych, które wykluczyły swobodne kierowanie wolą.

Należy uzupełnić badanie w tym kierunku. Zaleca się wykonać punkcję i zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy.

P. Bielawski w słowie końcowem zaznacza do przypadku G., że niema dowodów na syfilis. Chodzi tu prawdopodobnie o inne procesy organiczne w mózgu. Badany był zawsze w stanie podpitym, w którym dopuścił się czynów niezrozumiałych, mamy więc do czynienia z patologicznym charakterem upojenia, i § 51 kod. karn. ma miejsce. W przypadku drugim istniał stan chorobowy przy podpaleniu stogu i potrzaskaniu grobowców.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 26. X. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. WILCZYŃSKI.

P. **Gawroński** przedstawił:

1) S. G. lat 40, zamężną od 19 lat; rozwijała się normalnie, skończyła liceum. Mąż, z którym pacjentka źle żyje, sam bardzo nerwowy, zeznał, że dziadek chorej ze strony ojca był alkoholikiem. G. nie roniła, przed 4-ma laty miała przechodzić lues nabyty od obcego mężczyzny. Po śmierci córki jedynaczki, zmarłej przed 6 l. na dyfterję, G. nadużywała alkoholu, wypijała nieraz 1 litr dziennie, również dużo paliła. W chwili przyjęcia (w listopadzie 1927) do Zakładu, pacjentka miała twarz nalaną, źrenice szerokie, prawie nie zwężające się na światło, słabo reagujące na akomodację, Romberg dodatni, drżenie wysuniętych rąk i języka, gardło silnie zaczerwienione, odruchy kolanowe i Achillesa osłabione; Wassermann we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym był ujemny. Potykania na zgłoskach nie stwierdzono. Stan psychiczny: dobrze zorjentowana, badana liczby powtarzała prawidłowo, dodawała gorzej, inteligencja nieupośledzona, usposobiona pogodnie. W czasie pobytu w Zakładzie zajmowała się robótkami, do których ma zdolność, ale brak wytrwałości – zaczyna, nie kończy, nastrój chorej zmienny; chora raz spokojna i zadowolona z pobytu w Zakładzie, to znów kapryśna, narzekała na nudy i chciała wrócić do domu. Ponieważ rozpoznano alkoholizm przewlekły i porażenie postępujące, pr eto zaszczepiono chorej malarję w celach leczniczych. W czasie demonstracji pacjentka przedstawiała obraz następujący: odruchy kolanowe i Achillesa wywołalne, źrenice równe, reagowały prawidłowo na światło i akomodację, Romberg był ujemny, występowały sporadyczne tics i mrużenie oka (myopia). Badana była dobrze zorjentowana; pamięć, uwaga, inteligencja bez zmian patologicznych. Prócz pewnej drażliwości badana nie zdradzała żadnych objawów psychotycznych.

Ponieważ G. pragnęła być zwolniona, mąż natomiast nie chciał jej przyjąć do domu i zamierzał wdrożyć kroki rozwodowe, nasuwało się pytanie dalszego postępowania mianowicie czy chorą zwolnić na jej życzenie wbrew sprzeciwu męża.

2) M. W., lat 43, z ojca chorego umysłowo. W dzieciństwie chorób zakaźnych nie przechodziła, pilnie się uczyła, stale była wątłą i anemiczną; pierwszy perjod miała w 14. roku życia, bez zaburzeń; w młodości stroniła od zabaw i towarzystwa, była skłonna do smutnych rozmyślań. Oddana do Zakładu w S. na obserwację, nie chciała przyjmować pokarmu dlatego, że dochodziły ją rzekomo głosy przez radjo, że jedzenie nie jest zapłacone, a ona niczyjej łaski nie potrzebuje. Po powrocie do domu znowu jakoby słyszała głosy, wychodzące ze ścian i mebli, które w nią wmawiały, że ma wszystkie choroby pacjentek z S., że niektóre części ciała nie należą do niej. W. nie chciała spać na łóżku, ponieważ było rzekomo podminowane, spaliła suknię, którą nosiła w S., ponieważ ją drażniła. Cieleśnie pacjentka przedstawiała typ akromegaliczny z silnie rozwiniętą dolną częścią twarzy i kości kończyn; poza wychudzeniem W. nie wykazywała zmian patologicznych. Na pytanie oświadczyła, że wrogów osobistych nie ma, że nie czuje się grzeszną, że słyszy liczne głosy o treści przykrej i niepokojącej. W czasie demonstracji pacjentka była niezadowolona, zasmucona, dość dobrze zorjentowana w czasie, nie wiedziała jednak, gdzie się znajduje, nie chciała dać bliższych objaśnień co do trapiących ją głosów.

Referent postawił kwestję co do typu zachorzenia psychicznego, który kwalifikuje jako melancholję.

3) L. S., lat 33, panna, wuj był umysłowo chorym, w młodości S. rozwijała się normalnie, w nauce robiła dobre postępy. Pierwsze objawy choroby wystąpiły przed dwoma laty; chora twierdziła, że cała Warszawa ją obserwuje i prześladuje, po nocach nie spała, bojąc się, że ją otrują gazem. Do Zakładu nie chciała jechać, bo ją tu otrują i będą bili. Badana poza wątłą budową i podupadłem odżywieniem nie wykazuje chorobowych zmian cielesnych. W czasie i miejscu zorjentowana. S. czująca się zdrową, dyssymulowała zręcznie i potrafiła upozorować chorobowe swe przeżycia, wiadome z anamnezy, nieufne nastawienie wzgl. badających pokrywała wyszukaną grzecznością. Nie udało się nawiązać bliższego kontaktu z badaną ani uzyskać wglądu w jej przeżycia chorobowe.

Referent przedstawił pacjentkę celem wyświetlenia sprawy w kierunku zdrowia psychicznego wzgl. paranoji.

II. **P. Zajączkowski** przedstawił M. F., lat 42, duchownego, który już od kilku lat zachowywał się dziwacznie, z tego powodu

przez dwa lata nie pełnił czynności kapłańskiej. Gdy przed 4-ma tygodniami otrzymał polecenie objęcia posady wikarjusza w J., F. nie pojechał na miejsce wyznaczone, lecz zwrócił się do swej władzy z kategorycznem żądaniem o mianowanie go regensem w seminarjum w P. twierdząc, że czuje się na to stanowisko powołanym; rezultatem tego zajścia było umieszczenie F. w zakładzie psychjatrycznym. Prócz małogłowia i otyłości nic chorobowego u F. nie stwierdzono. Pacjent w miejscu, czasie i sytuacji zorjentowany, uważał się za psychicznie zdrowego. Zamierzał objąć regensurę w seminarjum, ponieważ oddawna spostrzegał znaki, objawiające mu jego wywyższenie. I tak: były regens sem. ma nazwisko podobne do nazwy miejscowości, do której F. został wysłany na wikarjuszostwo; następnie w J. mieszkał ks. R., którego nazwisko jest synonimem regensa; ksiądz J. przed mianowaniem na regensa sem. był prefektem w szkole p. L. w O., w której to miejscowości mieszkał rzeźnik M. L., badanemu zaś na imię Maksymiljan. Pozatem chory wypowiadał cały szereg urojeń wyjaśniających, które tworzą zamknięty logicznie system; podobne przeżycia F. miał już przed 4-ma laty, kiedy został zasuspendowany, gdy czuł się powołany na inne wysokie stanowisko duchowne. Pacjent był przystępny, uległy, grzeczny, uczynny, jowialny i dobroduszny o pogodnym nastroju. Uderzało pewne ubóstwo myślowe w argumentowaniu, sam wyrażał, że wszystkie te jego przeżycia były skutkiem tego, że od 14 lat, będąc duchownym, nie awansował do wyższej godności. Badany miał wilczy apetyt, pozatem nie wykazywał objawów chorobowych.

Referent wyraża opinję, że mamy tu do czynienia z paranoią, występującą u debila, zaczem przemawiałoby: konfiguracja czaszki, karjera życiowa pacjenta i pewne ubóstwo myślowe, przebijające w argumentowaniu chorego. Wybitnie występuje tutaj charakter reaktywny psychozy, która jest wyraźną reakcją na niepowodzenie życiowe i długoletni brak awansu. Brak demonstracji typowej osobowości paranoika — nieufności, nastawienia wielkościowego — tłomaczy p. Z. z jednej strony pewnym niedorozwojem inteligencji badanego, z drugiej znów strony chęcią zaskarbienia sobie względów i sympatji lekarzy, od których w dużym stopniu zależy powrót pacjenta do normalnego trybu życia. Fakt, że psychoza ta powstała przed pięciu laty, podobny przebieg pierwszego wybuchu psychozy, wiek, w jakiem ona wystą-

piła, wszystko to przemawiałoby zdaniem p. Zajączkowskiego również za paranoią.

Dyskusja.

P. **Piotrowski** odrzuca rozpoznanie paraliżu postępującego u pacjentki S G (przyp. I) i zaznacza, że infekcja luetyczna stanowi tu kwestję problematyczną wobec kategorycznego zaprzeczenia przez chorą jakiegokolwiek wybryku seksualnego i wobec ujemnych wyników badań ser. logicznych. Pan G. odnosi się do chorej nadzwyczaj wrogo i nieżyczliwie i chciałby się jej pozbyć za wszelką cenę. Wobec tego jego twierdzenie, że żona utrzymywała stosunek z innym mężczyzną i że się od tegoż zaraziła, jest mniej wiarogodne od zaprzeczenia posądzonej. Wskutek ciężkich i przykrych przeżyć, wskutek nieszczęśliwego pożycia małżeńskiego, G. oddawała się pijaństwu przez wiele lat, przyjmując alkohol w dużych ilościach. Fakt ten tłómaczy dostatecznie powstanie ostrej psychozy i to psychozy alkoholowej z porażeniem nerwów. Był to pseudoparaliż alkoholowy, nie zaś paraliż postępujący specyficzny. Za tem świadczy ustąpienie wszystkich objawów cielesnych jako też powrót władz umysłowych wskutek kuracji. Nie należy powrotu do zdrowia pacjentki przypisywać jednakże leczeniu malarją i twierdzić, że malarja usunęła porażenie postępujące. Porażenie postępujące pozostawia — nawet w przypadkach t. zw. zupełnego wyleczenia po malarji — pewne aczkolwiek drobne ślady zachorzenia organicznego, podczas gdy u pacj. G. jak u wyleczonych alkoholików w ogóle — niema żadnych śladów przebytych zaburzeń organicznych, a umysłowość jako też cała osobowość psychiczna wróciły do zupełnej równowagi bez ubytków psychicznych. G. byłaby bez kuracji malarycznej wyzdrowiała. Leczenie malarją było zatem zbyteczne. Wypada raczej wyrazić zadowolenie z tego powodu, że malarja nie zaszkodziła chorej, że pacjentka zniosła kurację i że wyzdrowiała zupełnie mimo malarji. Pacjentka winna być wypisana wbrew sprzeciwom męża. Jego oświadczenie, że żona będzie dalej uprawiała pijaństwo, nie może w obecnych warunkach stanowić kryterjum przymusowego przetrzymywania zdrowej osoby w zakładzie.

W przypadku M. W. (II) niema się do czynienia z czystą melancholją. P. Piotrowski wskazuje na wybitną rolę, jaką tu odgrywają halucynacje. Pacjentka cierpi na depresję wskutek doznawanych omamów o smutnej i przygnębiającej treści. Stan

depresji jest związany z osobowością psychopatyczną chorej, która nieomal od dzieciństwa miała w tym kierunku wybitne skłonności (Konstitutionelle Verstimmung). W. lubiła samotność, nie przyjmowała udziału w zabawach i rozrywkach, unikała koleżanek. Obecna depresja jest więc nasileniem stanu właściwego jej naturze, spowodowanym halucynacjami o smutnej treści.

p. L. S. (przypadek III) przedstawia typową paranoiczkę. Jej rezerwa, wyniosłość, nieufność, jej urojenia prześladowcze, znane z wywiadów, są cechami paranoicznemi. Obecnie chora dyssymuluje, nie przyznaje się do urojeń, uważa się za zupełnie zdrową i pragnie opuścić Zakład. Ponieważ przymusowe przetrzymywanie paranoika w zakładzie nie jest wskazane, o ile on nie zagraża otoczeniu i nie zakłóca spokoju publicznego, nie jest gwałtowny, zachowuje się poprawnie, nie przedstawia niebezpieczeństwa dla porządku publicznego, a pacjentka S. należy do typu chorych spokojnych, przeto zaleca się ją wypisać w dbałą opiekę rodzinną.

Ks. F. (przypadek IV), przedstawiony przez Dr. Zajączkowskiego, nie jest ani schizofrenikiem ani paranoikiem, lecz psychopatą z przydźwiękiem epileptoidalnym. Niema tu wprawdzie napadów padaczkowych, natomiast istnieje mnóstwo objawów psychicznych właściwych epileptykom. Znamiona takie jak mitrężność, powolność, rozwlekłość, ubóstwo i ociężałość w myśleniu i czynach — badany nie może z miejsca ruszyć — zbyt bliski kontakt uczuciowy i nastawienie egocentryczne, — ujmowanie zjawisk de près, a nie de loin, jak to czyni schizofrenik — słabość krytycyzmu, cechują raczej osobowość epileptoidalną niż schizofrenika wzgl. paranoika. Równomierny spokój afektywny badanego nie jest bynajmniej obojętnością wzgl. sztywnością afektywną schizofrenijną, a raczej perseweracją afektu, spostrzeganą często u epileptyków. Ks. F. miewa okresy, w których wskutek doznawanych osobliwych uczuć i omamów powstają u badanego urojenia wywyższenia, kierujące jego postępowaniem. Życzenia dotąd ukryte bywają wtedy wprowadzone bezwzględnie w czyn, dla tego postępowanie to jest sprzeczne z rzeczywistością. Okresy chorobowe przemijają. Chodzi tu o ekwiwalenty epileptyczne w postaci „zamroczenia jasnego" (orientierter Dämmerzustand). Psychiczne pole widzenia jest wtedy w znacznej mierze zwężone. Uwzględniając wiek badanego (33 lat), pojawienie się ostrych objawów psychotycznybh po raz pierwszy przed 4 laty, jego euforję dementywną, wiotkie, opuszczone mięśnie mimiczne, co

daje nalanej twarzy wyraz tępy, nasuwa podejrzenie porażenia postępującego. Zaleca się uzupełnić badanie stwierdzeniem stanu krwi i płynu mózgordzeniowego (Wassermann), przeprowadzić próbę kojarzeniową oraz śledzić za napadami padaczkowatemi, mianowicie w nocy.

P. Gawroński podnosi, że zespół wynurzeń ks. F. robi wrażenie, że jest on debilem, motywy bowiem, jakiemi uzasadnia swoje przekonanie o możliwem posunięciu go na wyższe stanowisko duchowne, są bardzo płytkie i nie wiążą się logicznie z wyprowadzonemi wnioskami. Charakteryzuje chorego pewna euforja, z którą opowiada o doznanym zawodzie.

W słowie końcowem mówca stwierdza, że przychyla się ze względu na stosunkowo szybkie i zupełne ustąpienie objawów chorobowych u pacjentki G. (przyp. I.) stwierdzonych podczas przyjęcia, do opinji p. Piotrowskiego, że owe początkowe objawy przypisać należy zatruciu alkoholowemu, nie zaś infekcji luetycznej, tembardziej, że zeznania męża chorej co do lues żony nie były dostatecznie uzasadnione, gdyż nie mógł on dać wystarczających dowodów i odpowiadał wymijająco, przytem badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi u chorej na kilę dały wyniki ujemne. Wobec tego, że pożycie obu małżonków było nieszczgólne i mąż wyraźnie parokrotnie wyraził względem referenta, że nie chce brać żony do domu i wmawiał w nią, że dalej będzie podlegała nałogowi alkoholowemu, pomimo zapewnień lekarza, że żona jego nie używała w Zakładzie ani kropli alkoholu i że się od nałogu odzwyczaiła, p. Gawroński uważa, że można, a nawet trzeba p. S. G. jako zdrową zwolnić z Zakładu nawet wbrew woli męża.

Co do przypadku II (M. W.) p. Gawroński skłania się do określenia tej choroby w myśl propozycji p. Piotrowskiego jako stanu depresyjnego wskutek doznawanych halucynacyj.

Do przypadku III (L. S.) p. Gawroński zaznacza, że chora przez cały czas pobytu swojego w Zakładzie larwuje swoje urojenia prześladowcze, omija bardzo zręcznie bezpośrednie odpowiedzi na zadawane jej pytania, zachowuje się tak, jak gdyby nie była w zakładzie dla psychicznie chorych, nie zdradza niczem uczuć niezadowolenia, niesmaku, niepokoju z powodu niezwykłego jej otoczenia, w czasie psychicznego badania robi widoczny wysiłek, ażeby ukryć swoje chorobliwe urojenia i objawia to soma-

tycznie ciągłemi odruchami połykania, jak gdyby chciała połykać urojenia prześladowcze, zdradzające chorobę, które przychodzą jej na język.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 7. grudnia 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: WILCZYŃSKI.

P. Liszka przedstawia 1) kupca T. T. lat 39, który od dwóch miesięcy prowadził niefortunne operacje finansowe, handel zbożem z wyraźną dla siebie stratą, nawystawiał dużo weksli fałszowanych, wytaczał sprawy sądowe, ubezpieczył siebie od wypadku na 25.— zł. dziennie, zdradzał żonę, robił ekscesy in Baccho et Venere. W dniu 20. X. 1928. wypadł z bryczki i uderzył się przy upadku na ziemię w tył głowy, przytomności przytem nie stracił, jedynie wymiotował. Na drugi dzień po wypadku wystąpiły u chorego zaburzenia świadomości i ból głowy. W dniu 23. X. 1928. oddany do szpitala w I. Tam stwierdzono: obrzęk i bolesność na ucisk prawej strony głowy w tyle poza uchem, niewielki siniec na barku prawym i bolesność ruchów w tym stawie. Chory był podniecony, chciał wyjeżdżać na front, ponieważ „musiał" tam odstawić prowianty, był niezorjentowany co do miejsca swego pobytu, narzekał na silny ból głowy, czasem wykazywał lęk, na widok drzwi otwieranych. W dniu 28. XI T. T. został przywieziony do tutejszego Zakładu. Badanie wykazało, że chory dobrze odżywiony, przedstawia typ pykniczny, o twarzy mongoloidalnej, ze skośnemi nieco oczami, i wystającemi kośćmi policzkowemi. Narządy wewnętrzne poza zwiększonym wymiarem poprzecznym serca nie przedstawiają nic patologicznego. Tętno 72, temp. 36,1° C., ciśn. 130 mm cm Hg. Stwierdza się drżenie drobnofaliste języka zbaczającego w lewo, lekkie drżenie palców. Badany, zorjentowany w miejscu i otoczeniu, twierdzi, że jest zdrów i żąda zwolnienia.

Paradigmata wymienia niedokładnie, przedstawia wyrazy, nie może zliczyć w myśli 451 + 547. Liczby 4721 nie spamiętał mimo, że zwrócono mu na to uwagę. O swoich przejściach i stosunkach majątkowych opowiada żywo, z pewnem wzruszeniem płacze i tłumaczy, że doznaje niesłusznych przykrości ze strony rodziny.

Badanie krwi w kierunku B. W. dało wynik dodatni, również odczyn Sachs Georgego +++, Meinickiego ++++, płyn mózg. rdzen.: przezroczysty, bezbarwny, z minimalną ksantochromją, ilość ciałek białych 6, czerwonych 80, w osadzie niezbyt liczne limfocyty, leukocyty i rozpadłe erytrocyty, ilość białka 0,015 proc., globulin 0,005 proc., współczynnik białkowy 1/2, Nonne — Ap. ujemny, Weichbrodt ujemny, Pandy dodatni. Odczyn B. W. pł. m. rdz. ujemny, Sachs George ujemny.

2) Ksiądz M. F. lat 42, już od kilku lat zachowywał się dziwacznie i z tego powodu przez 2 lata nie pełnił czynności kapłańskich. Gdy otrzymał polecenie objęcia nowej posady wikarjusza w J., na posadę nie pojechał, lecz zwrócił się z kategorycznem żądaniem do władzy duchownej o mianowanie go regensem w seminarjum, twierdząc, że czuje się na to stanowisko powołany. Na tem tle doszło do zajść, które stały się powodem do umieszczenia Ks. M. F. w zakładzie psychjatrycznym. Badanie prócz małogłowia i otyłości nie wykazało chorobowych zmian cielesnych. Pod względem psychicznym badany poza ociężałością i mitrężnością w myśleniu nie objawia cech psychotycznych, jest w miejscu, w czasie i sytuacji zorjentowany, ma dobrą sprawność zapamiętywania, uważa dobrze, paradigmata powtarza prawidłowo.

Dyskusja.

P. **Piotrowski** zaznacza, że w przypadku badanego T. T. nasuwa się podejrzenie, że pacjent wypadł umyślnie z wozu, aby otrzymać wysoką kwotę ubezpieczyniową, która byłaby mu ulżyła w jego kłopotach finansowych. Z drugiej strony trzeba wziąć pod uwagę prawdopodobieństwo, że depresja jego może być reakcją na straty, jakie chory poniósł w operacjach pieniężnych; wszelako straty majątkowe jak i lekkomyślne wystawianie, a nawet fałszowanie weksli, mogą być wyrazem bezkrytycyzmu, jaki n. p. zachodzi u paralityków. Dodatni Wassermann we krwi przemawia za infekcją luetyczną, ale nie jest dowodem porażenia postępującego, chociaż w tym cierpieniu najczęściej występuje. Natomiast dodatni Wassermann w płynie mózgo - rdzeniowym i to w ilości 0,1 byłby wyraźnym objawem paralitycznym. Atoli brak tego odczynu nie jest dowodem na okoliczność, że porażenia postępującego niema. W każdym razie osłabiona sprawność zapamiętywania, labilność afektywna, lekkomyślna rozrzutność, ekscesy, pieniactwo, niedołężne fałszowanie weksli, wszystkie te

momenty składają się na zespół, który cechuje paralityków w początkowym okresie choroby.

W przypadku Ks. M. F. ze względu na jego mitrężność w myśleniu i na persewerację afektywną p. Piotrowski kwalifikuje badanego jako psychopatę epileptoidalnego. Postępowanie pacjenta tłómaczy się tem, że od czasu do czasu pojawiały się u niego stany podobne do ekwiwalentów epileptycznych w postaci przemijających stanów zamroczenia. Halucynacje i urojenia prowadziły go do opacznych czynów. Ks. M. F. słyszał głos Boga powołującego go do godności i pod wpływem tego głosu pacj. uważał się za szczególnie uprzywilejowanego wybrańca. Na podstawie tego stanu psychotycznego pacjent miał zatarg z władzą duchowną. Stany takie powtarzały się okresowo z identyczną dokładnością. W międzyczasie Ks. M. F. zachowywał się poprawnie i postępował zupełnie prawidłowo, nie zdradzając żadnych zboczeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych.

P. Liszka w słowie końcowym wyraża zdanie, że mamy w przypadku T. T. do czynienia ze stadjum początkowem porażenia postępującego, przebiegającego pod obrazem neurastenji. Zatem przemawia obniżenie krytycyzmu u pacjenta, popychające go do lekkomyślnych operacyj finansowych, jako też dodatni odczyn Wassermanna we krwi. Chory znajduje się obecnie w okresie remisji.

Ze względu na małą ruchliwość i ociężałość afektywną Ks. M. F. p. Liszka skłania się do zaszeregowania go do grupy schizofrenji.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 28. grudnia 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. WILCZYNSKI.

P. Liszka przedstawia studenta praw E. J., lat 34.

Badany jest anemiczny, wątły, o typie astenicznym, kapryśny. W młodości przechodził szkarlatynę, dyfterję, odrę, kilkakrotne zapalenie gardła, w 1923 r. ropne zapalenie ucha środkowego z perforacją błony, ukończył gimnazjum z postępem dobrym. Od 1915 r. do 1920 r. przebywał w Rosji, gdzie chorował na malarję. Po powrocie dużo mówił i łatwo popadał w afekt, w pierwszym egzaminie uniwersyteckim przepadł, co go bardzo przygnębiło.

Objawy chorobowe występowały w postaci halucynacyj słuchowych, J. „słyszał rozmowy drugich przy pomocy aparatu, który miał w klatce piersiowej". Często popadał w apatję, skarżył się na niezdolność do pracy, modlił się całemi godzinami, leżąc krzyżem w pokoju. Prosił stale o jakieś zajęcie, n. p. o posadę w „czcigodnej" dyrekcji kolejowej w charakterze kontraktowego buchaltera, lub o posadę organisty w klasztorze, gdzie mógłby być równocześnie braciszkiem przy bractwie, albo o posadę sekretarza przy Lidze Narodów. Leczył się w K. i w sanatorjum dla nerwowo chorych w L. Badanie wykazuje: niesymetryczne wypuklenie tyłogłowia po stronie lewej, szewcką klatkę piersiową, kontrakturę Dupuytrena 3, 4, 5, palca lewej ręki, acne seborrhoica na twarzy, lekkie przytłumienie nad szczytami, liczne drobne charczenia, ton nad aortą klapiący, drżenie włókienkowe języka, drżenie palców, brak odruchów spojówkowego i gardłowego.

Pacjent orjentuje się w miejscu i otoczeniu, atoli myli się w dacie kalendarzowej o 4 dni, jest gadatliwy, zmanierowany, wie, że rozmawia z lekarzem, lecz równocześnie mianuje go hrabią, dyrektorem, posługuje się zdrobniałemi wyrazami, uwagę przerzuca z przedmiotu na przedmiot bez logicznego związku, powtarza swoją prośbę o nadanie mu posady, to znowu chce „pokoiczek, kąciczek", w którym by mógł pracować, co chwilę klęka, żegna się, chce całować w rękę, czasami słyszy głosy „chrystusikowe", chrześcijańskie, które go pouczają jak ma żyć, jak z ludźmi postępować, twierdzi, że jest jaroszem, przywykł do jarskiej kuchni, lecz o to nie prosi, bo on tylko tęskni do „komunijki".

2) L. G., lat 41, z ojca umysłowo chorego. Choroba rozpoczęła się tem, że pacjent powtarzał ustawicznie wszystkim, że musi jechać do Brazylji, unikał towarzystwa, twierdził, że widział Boga, posądzał żonę, z którą żyje w rozwodzie, że chce go otruć, zabić, że królem Polski nie chce być, że woli być Bogiem. Pozwalał wmówić w siebie różne historje, które następnie uważał za swoje, uciekał z domu do swego sklepu w obawie o swoje życie, pił. Badanie cielesne wykazało następujące objawy: tony sercowe są głuche, drugi ton nad aortą zaakcentowany, Wassermann we krwi i płynie m. rdz. ujemny. Czaszka na opukiwanie nadmiernie wrażliwa; źrenice niezupełnie okrągłe, reagują prawidłowo, język drży. Pacjent ma obojętny wyraz twarzy, jest zorjentowany w czasie, miejscu, swojej sytuacji, twierdzi, że słyszy głos z nieba, który go przeklina, że go szatan wyzywa; grze-

snym się nie czuje; trudniejszych wyrazów nie może wymówić, liczby czterocyfrowej nie może spamiętać, mimo, iż zwrócono mu na to uwagę, liczy źle.

3) L. A., lat 42, robotnik fabryczny, rzekomo nie obarczony dziedzicznie, w młodości rozwijał się dobrze, uczył się nieźle. W 5 roku upadł na głowę i odtąd źle słyszy. W 16 roku życia powtórnie rozbił sobie głowę o bruk. Całą wojnę światową przebył na froncie, w 1922 r. miał czerwonkę, przez kilka lat upijał się wódką. Pierwsze znaki choroby psychicznej objawiły się tem, że chory kupował konie we większych ilościach, dawał na to zadatki, a towaru nie odbierał. Biegał do kościoła, chciał odprawiać nabożeństwo, dzwonił w kościele na alarm, uciekał w nocy, salutował każdemu przechodniowi.

Badanie wykazało cieleśnie budowę zbliżoną do typu pyknicznego, zmniejszenie pola Kröniga obustronnie, rzężenia po stronie prawej, źrenicę prawą większą, niezupełnie okrągłą, leniwie reagującą na światło; lekkie drżenie języka, silne drżenie palców.

Badany jest ożywiony, zorjentowany w miejscu i otoczeniu, chętnie odpowiada, liczy źle. Nie wie, jak długo przebywa w Zakładzie, podaje, iż widzi P. Jezusa, słyszy jego głos.

4) J. B., lat 24, nie obarczony, chory od 2 i pół miesięcy, wypowiada urojenia, że ojciec namawiał żandarmów, żeby go zastrzelili, był niespokojny, nie sypiał w nocy, wałęsał się po okolicy, nie chciał jadać wspólnie z rodzicami. W grudniu 1927 r. spadł z wozu i stracił przytomność. Leżał 8 tygodni chory w domu. Lekarz powiatowy uznał go za zdrowego i dlatego nie dostał renty.

Badanie wykazało, że źrenica lewa jest mniejsza, obie są okrągłe, reagują prawidłowo, obserwuje się u badanego silne drżenie włókienkowe języka, drżenie palców i objaw Rombergą (zaznaczony). Pacjent jest zorjentowany w miejscu, na pytania daje odpowiedzi dopiero po pewnym czasie, bez afektu, opowiadał, że chciał się żenić (ojciec pacjenta twierdzi, że znajomość syna jego z p. F. B. była przelotna, w ciągu jednego wieczora nie mogła wywrzeć wpływu). Wiadomości szkolne badanego są skąpe, nastrój jego obojętny.

Dyskusja.

P. Piotrowski wskazuje na następujące cechy charakterystyczne dla pacjenta E. J. Jest to osobnik przeważnie spokojny,

pogodny, łagodny, wesoły, zadowolony, przyjazny, dobrotliwy, chętny, sympatyczny, przystojny, posłuszny, gadatliwy. Jego dziwolągi myślowe i wyrazowe, jego fantastyczne dziwaczne wyobrażenia, wypowiadane bez afektu, czasem tylko jakby z humorem, pobudzają obserwatora do wesołości, do żartu. Pacjent jest uległy, tak, że można na niego łatwo wpływać. Są to znamiona właściwie schizofazykom.

Objawy chorobowe, zaobserwowane u badanego L. G. mają znaczenie ogólne i nie przesądzają bezpośrednio sprawy w kierunku rozpoznania różniczkowego. Przemawiają one tak za porażeniem postępującem jak i za pseudo - porażeniem alkoholowem lub za psychozą alkoholową. W początkowych okresach tych chorób mogą występować te same objawy: potykanie na zgłoskach, halucynacje (badany słyszy głos Boga, który go przeklina, szatana, który go wyzywa), labilny stan wzruszeniowy (pacjent jest przygnębiony, płaczliwy, atoli łatwo zmienia nastrój). Sprawność zapamiętywania jest w znacznej mierze osłabiona. Urojenia wielkościowe — pacjent chce być Bogiem — dowodzą obniżoną sprawność autokrytyczną i objawiają daleko posuniętą demencję chorego, jaka cechuje zwykle paralityków. Alkoholizm w anamnezie należy w tym przypadku uznać za jeden szkodnik więcej, lecz nie za przyczynę apriorystyczną psychozy. Również w kierunku p. p. zaleca się badać pacjenta L. A. Należy przeprowadzić badania krwi i płynu mózgowo rdzeniowego na odczyn Wassermanna. W tym przypadku ciężki uraz głowy i alkoholizm stanowiły przyczyny akcesoryjne zachorzenia. P. Piotrowski wskazuje na okoliczność, że między paralitykami, a alkoholikami tak jak między manjakami, typ pykniczny jest bardzo częsty; mówca wypowiada zdania, że pyknik z zewnętrznych tendencyj i żywości towarzyskiej łatwiej wpada w alkoholizm i narażony jest na infekcję luetyczną.

Pacjent L. B. jest oligofrenikiem, mało odpornym na szkodliwości życiowe, zachorował po wypadku nieszczęśliwym, który spowodował pewnego rodzaju wstrząs psychiczny (shok). Mamy tu do czynienia z psychozą reaktywną u oligofrenika.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 4. I. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. GORZKOWSKI.

I. P. Gawroński przedstawia 1) studentkę W. H., lat 23, z Poznania, córkę nerwowej matki. W. rozwijała się prawidłowo, w szkole choć leniwa, niestała, egzaltowana, robiła dobre postępy, ponieważ była bardzo zdolna. Zapisała się na uniwersytet, po kilku miesiącach przerzuciła się do szkoły muzycznej, następnie przeszła do szkoły dramatycznej. W tym okresie była zmienna w nastroju, to bardzo wesoła, żywa, to znów bezczynna, leżała w łóżku, nie interesując się niczem.

W marcu 1928 r. zaczęła zdradzać tendencje samobójcze. Umieszczono ją w Zakładzie W. Tam nie rozmawiała z nikim, prawie się nie poruszała.

W listopadzie nagle ożywiła się, zaczęła mówić, pomagała w gospodarstwie. Dopiero przed 3 tygodniami przestała się znów interesować otoczeniem.

Źrenice reagują leniwo na światło — lewa słabiej. Odruchy spojówkowe i rogówkowe są ledwo zaznaczone; gardłowych odruchów brak.

Badana jest zorjentowana w czasie, miejscu i swojem położeniu, myśli powoli — siedzi bez ruchu, na pytania odpowiada po dłuższym czasie albo wcale nie odpowiada albo uśmiecha się z grymasem, mówi głosem cichym, nie kończy zaczętego wyrazu lub zdania, zdolność zapamiętywania, pamięć i uwaga są zachowane.

Na konferencji lekarskiej W. odpowiada półsłówkami, wymienia swoje imię i nazwisko, wie gdzie się znajduje, poznaje otoczenie, odpowiada z grymasem na twarzy. O swej chorobie mówić nie chce, na pytania w tym kierunku nie odpowiada.

II. P. Liszka przedstawia 2) ślusarza T. W., lat 22, chorego od 3 miesięcy. Pradziadek i dziadek jego byli alkoholikami, prababka i wujek chorowali na umysł. T. rozwijał się prawidłowo, uczył się dobrze, był wesoły, dowcipny i psotny. Od 14 roku życia uprawiał onanizm, matce proponował stosunek miłosny. Przed trzema miesiącami płakał, narzekał, że coś mu się robi w głowie, bywał zamyślony, wydalał się z domu i wałęsał się po ulicach. Sypiał dobrze, do jedzenia bywał zachęcany. Wartościowe przedmioty dawał znajomym lub żebrakom. Stale mówił, że będzie wojna.

Fizycznie T. nie wykazuje uderzających zmian chorobowych, ma spokojny wyraz twarzy o maskowatym wyglądzie, nastrój obojętny, powolny tok myślowy, jest zorjentowany co do swej osoby, otoczenia, czasu i miejsca, uważa się za chorego, „coś się w głowie stało". W czasie badania podnosi się, aby opuścić salę, za chwilę wraca i oświadcza, że chciał się widzieć z ojcem. „Słyszy i widzi", że go „wyśmiewają", liczy 9 + 8 = 19; 19 + 17 = 20; 24 × 3 = 67; pamięć ma dobrą, sprawność zapamiętywania prawidłowa. W czasie badania na konferencji lekarskiej T. jest obojętny, odpowiada wolno po namyśle, z twarzą bez mimiki, na wspomnienie o rodzicach jednak ożywia się.

3) Konduktor pocztowy Rz. L, lat 44, syn alkoholika, chory od 6 lat, w dzieciństwie rozwijał się prawidłowo, nigdy nie chorował, uczył się dobrze, będąc w armji Hallera, miał „krostkę" na członku, później wysypkę na ciele. Lekarz, orzekł, że to nie jest „krosta weneryczna". Po powrocie do domu Rz. zaraził żonę, która skarżyła się na swędzenie w drogach rodnych. Od pół roku smutny, Rz. żalił się, że ręce jego przenoszą zarazę, że ludzie od przesyłek i podawania ręki się zarażają i cierpią na ból głowy.

Sprawność zapamiętywania badanego jest nieco osłabiona. Badany potyka się na zgłoskach, wykazuje drżenie języka. Źrenice szybko się zwężają, a potem wolno rozszerzają się. Rz. wyjawia nastrój depresyjny i urojenia hypochondryczne. Następnie p. Liszka przedstawia (4) murarza H. A., lat 42, żonatego, chorego od 17 lat. Matka jego cierpiała na dementia senilis. W dzieciństwie H. rozwijał się prawidłowo, uczył się dobrze. Od 21 roku skarży się na bicie serca, z powodu upadku do wody. Pijał dość często, ale nie nałogowo, „parę lampek dziennie." Pierwszy raz zachorował w 1914 r., miał halucynacje słuchowe i wzrokowe. Od 2 lat czuje się znowu chory, skarży się na kłucia w okolicy lędźwiowej i twierdzi, że nie ma żołądka. Sypia mało. Na pytania odpowiada żywo, że „nic go nie prześladuje", że nie sypia w domu, bo się na wojnie z różnymi stykał, a przytem, aby miejsca było więcej, nie rozbierał się i nie mył, bo nie chciał żonie odbierać pieniędzy. Sprawność zapamiętywania badanego jest osłabiona. H. przechodził malarję.

Następnie p. Liszka przedstawia (5) kupca A. K., lat 33, żonatego nie obciążonego dziedzicznie. W dzieciństwie K. rozwijał się prawidłowo, w szkole uczył się dobrze. Służył od 1914 do

1921 r. w wojsku; dosłużył się rangi sierżanta. K. był zawsze spokojny, skłonny do samotności, zabaw nie lubił, chorób wenerycznych nie przechodził. Od lipca ub. roku puścił się na niepewne interesa „cukrem“, brał zapłatę za cały transport cukru, a dostarczał tylko część towaru, w następstwie czego dostał się do więzienia śledczego. Za uzyskane pieniądze chciał wykupić świadectwo przemysłowe na prawo hurtownej sprzedaży cukru.

Stan cielesny badanego nie wykazuje zmian chorobowych. K. orjentuje się w miejscu, czasie, otoczeniu, ma dobrą pamięć i sprawność zapamiętywania. Rachunki wykonuje dobrze. Pytany, czy woli być uznany za zdrowego czy chorego, mówi, że jest zdrów.

Dyskusja.

P. Gawroński wypowiada opinję, że rozumowanie badanego K. (przyp. 5) ma cechy myślenia oligofrenicznego.

P. Piotrowski w odpowiedzi p. Gawrońskiemu zaznacza, że K. w dzieciństwie rozwijał się prawidłowo, uczył się łatwo i robił dobre postępy w szkole, że we wojsku dosłużył się rangi sierżanta. Ten bieg życia wyklucza oligofrenję. Ale K. nie wykazuje także objawów nabytego osłabienia umysłowego, ani symptomów psychotycznych ostrych lub przewlekłych. K. uprawiał swoje niecne interesy przez pół roku z konsekwencją wynikającą z każdorazowej sytuacji, do której się umiał przystosować. Że jego pierwotne założenie było błędne, to nie dowodzi upośledzenia psychicznego. Błąd myślowy (w zasadzie) nie jest jeszcze objawem oligofrenji lub choroby psychicznej, wykluczającej wolną wolę. K. nie jest psychicznie chory i za swoje czyny jest on odpowiedzialny.

Badana W. (przyp. 1) jest obecnie psychomotorycznie zahamowana, ma nastrój zmienny, na bodźce wzruszeniowe reaguje żywo i adekwatnie; w czasie choroby przechodziła fazy podniecenia i zahamowania, osobowość psychiczna jest zachowana. Wobec tego chodzi tu o psychozę manjakalno - depresyjną.

W przypadku 2 (T. W.) osobowość jest także zachowana, niema żadnych oznak rozpadu osobowości psychicznej, co przemawia przeciwko schizofrenji. Natomiast uderza deprawacja charakteru i hyperseksualność, bezwstyd, cynizm, przejawy często spotykane u dzieci, które przebyły encephalitis lethargica. Należy zatem uzupełnić wywiady w kierunku, czy T. W. nie przechodził

jako chłopiec choroby infekcyjnej z objawami śpiączki. Stan jego obecny należałoby wtedy zakwalifikować jako status pestencephaliticus. Nieraz choroby gorączkowe są krótkotrwałe i przemijają w łagodnej postaci i otoczenie z tego powodu nie przypisuje takiej chorobie znaczenia, a jednak może ona w skutkach swoich być niebezpieczną. Encephalitis lethargica może przejawiać się w różnych formach, w formie czysto psychotycznej lub czysto neurologicznej, albo wreszcie w postaci mieszanej, t. j. neurologiczno-psychotycznej. W przypadku T. W. objawów neurologicznych niema; nie mniej jednak należy wziąć pod uwagę ewtl. zaburzenia psychotyczne postencefalityczne, a to ze względu na spaczenie charakteru u badanego.

Badany H. A. (przyp. 4) wypowiada urojenia hypochondryczne. Ze względu na osłabienie umysłowe, które wystąpiło w późniejszym wieku, nasuwa się myśl o organicznem zaburzeniu mózgu. Zaleca się zbadać krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na odczyn Wassermanna.

STRESZCZENIA I OCENY.

Dr. med. V. Strasser: Die Denkmethoden und ihre Gefahren. (Metody myślenia i ich niebezpieczeństwa). Wyd. G. Thieme, Lipsk 1931, str. 526. Cena br. mk. 20.—, opraw. mk. 22.—. [1])

Zadaniem książki jest zapoznać czytelnika z metodami i mechanizmami myślenia oraz wskazać na niepożądane następstwa dla nauki wynikające ze zbaczania myśli na bezdroża. Z powodu dowolnych sztucznych tworów myślowych powstało duże zamieszanie w różnych dziedzinach wiedzy, które uwydatnia się również w psychjatrji.

Dla ujęcia zjawisk psychicznych w barwny całokształt, odpowiadający w zupełności i codziennym przejawom życia ludzkiego, nie wystarczą dotychczasowe koncepcje.

Badacz powinien myśleć kategorjami i posługiwać się hypotezami, które dają maximum szans prawdopodobieństwa i które mogą być pożyteczne dla pracy naukowej. W najgorszym razie zatrzyma się przed nieznanem, skoro zauważymy, że dalej iść nie może.

Jeżeli myśl naukowa ma odźwierciadlać rzeczywistość, trzeba z niej wyeliminować sztuczne kombinacje w rodzaju podświadomości, kompleksów, archaizmów, demonologji, trzeba odrzucić fałszywe przydźwięki towarzyszące pojęciom jak uczucia, afekt, afektywność, popęd, wolna wola, przyczynowość, celowość, relatywizm, trzeba zrewidować jednostronne poglądy i teorje. Każda końcówka ismus zdradza jednostronną orjentację w stosunku do zagadnień związanych z completum człowiek i stawia badacza na platformie relatywistycznej. Relatywizm zaś jest chorobą, nie tylko jednostki, ale również gromady, jak chorobą indywidualną i gremialną jest myślenie z jednostronnego nastawienia czyli z pewnego z góry zajętego stanowiska. Autorka nawołuje do walki z jednostronnością i domaga się, aby nauka uwolniła się od relatywizmu i jednostronnego nastawienia, a we wynikach swych była zgodna ze stanem rzeczywistym t. zn., aby ostateczny rezultat pracy naukowej wyrażał się formułką adaequatio cum re.

---

[1]) Książka nadesłana do recenzji w Nowinach Psychjatrycznych.

Swój bogaty materjał polemiczny S. rozłożyła na trzydzieści rozdziałów, w których najprzód podaje kwalitatywnej i kwantytatywnej analizie metody myślenia, rozważa kategorje myślowe przyczynowości i celowości, omawia metodę porównawczą, myślenie porządkujące, uogólniające, niwelujące, analityczne i syntetyczne, polityczne i naukowe i zastanawia się nad istotą omyłki, suggestji i wiary.

W dalszych rozdziałach autorka rozwodzi się nad wpływem metody myślenia na kształtowanie się umysłowości dziecięcej, młodocianej i kobiecej, osobny rozdział poświęca myśleniu kategorjami psychjatrycznemi, następnie traktuje o myśli patalogicznej przejawiającej się w manifestacjach paranoika i psychopaty, podkreśla znaczenie działania adekwatnego (postępowanie konsekwentne nie stanowi jeszcze działania adekwatnego), definjuje duszę jako sumę funkcyj psychicznych, faktycznych i potencjonalnych, a ducha jako rezultat tych funkcji i adekwatnego ich ustosunkowania się na wewnątrz i zewnątrz, t. z. do własnego ja i do otoczenia, i zatrzymuje się przy świadomości, którą określa jako aktywację funkcyj psychicznych. W systemie psychologicznym autorki niema miejsca dla nieświadomego. To też odrzuca ona teorję nieświadomego jako konstrukcję sztuczną, jako tezę nieuzasadnioną, jako fikcję niepożyteczną, jako mitologję nie mającą praktycznego znaczenia. Supozycję samodzielnego organu nieświadomego i szukanie w nim źródła wszelakich poczynań, autorka nazywa wymysłem nieszczęśliwym i niebezpiecznym, i wypomina freudystom zbyt silne akcentowanie znaczenia czynności nieświadomych a zaniedbywanie tak ważnego czynnika psychicznego jak świadomość; freudowskie „kompleks Edypa" i „ucieczkę do choroby" jakoteż adlerowskie dopatrywanie się celowości w chorobie uważa za wytwór fantazji, który ma pokryć braki wiedzy o duszy, a tymczasem tamuje rozwój nauki.

Dlatego S. potępia psychoanalizę jako rzecz błędną od samych podstaw i zaleca skończyć z nią raz na zawsze.

Psychologja, opierająca się na podobnych kruchych filarach, nie może uchodzić za naukę ścisłą; jest to raczej wiara; freudyści odznaczają się dużą suggestywnością, jeżeli przysięgają na formułkę wiary mistrza swego.

W psychologji jak i w psychjatrji konstrukcja nieświadomego stwarza sztuczne etjologje nerwicy i psychozy i wprowa-

dza do terapji błędne metody leczenia. Pod wpływem tej jednostronnej orjentacji psychjatra błądzi. Określenia w rodzaju schizoid, epileptoid, histeroid równają się dźwiękom bez treści „Kleksografja“ Rohrschacha, „Budowa ciała a charakter“ Kretschmera przedstawiają poronione koncepcje, badanie asocjacji jest szkodliwe, zabiera czas, usypia naukę i nie przynosi pożytku pod względem diagnostycznym, prognostycznym i terapeutycznym.

Objawów psychotycznych nie wytłumaczy się supozycją źródła choroby w nieświadomem, w afektywności, w zbaczaniach asocjatywnych, w idei nadwartościowej, w procesie schizofrenijnym. Używanie terminu schizofrenja zamiast dementia praecox nie przyczyni się do odkrycia istoty cierpienia.

Gdyby Bleuler za rdzeń psychozy nie był przyjął rozpadu treści myślowej na kompleksy wyobrażeniowe o przydźwięku wzruszeniowym, lecz ograniczył się do określenia rozszczepienia osobowości terminem schizofrenja, t. j. gdyby się był zadowolił nową nomenklaturą obrazu chorobowego, to możnaby bez zastrzeżeń termin ten akceptować.

Aby rozumieć istotę duszy nienormalnej, psychjatra winien najprzód poznać właściwości duszy normalnej. Nie należy oddzielać psychjatrji od psychologji. Psychjatra winien być psychologiem. Do niego należy także wychowanie duszy zdrowej i rokowanie o jej rozwój. Bez znajomości duszy zdrowej, bez znajomości jej rozwoju, nie można zrozumieć duszy chorej.

Te kilka zdań wskazują kierunek, jaki autorka nadała swoim myślom. Kto chce zapoznać się dokładnie z treścią dzieła, musi je przeczytać w całości. Książka zasługuje na to ze wszech miar, albowiem materjał w niej zawarty jest obszerny i różnolity, bogaty w zajmujące tematy i nie sposób określić go paru zdaniami. Książka świadczy o dużej erudycji autorki, o jej pilności i wytrwałości, o ogromnym wysiłku umysłowym, o samodzielnem myśleniu. Dzieło czyta się ze zaciekawieniem, bo jest pisane w sposób zajmujący, językiem łatwym, płynnym, jasnym, potoczystym zrozumiałym. Czytelnik znajdzie w książce niejedno oryginalne zdanie, na które z pewnością się zgodzi, ale napotka też na poglądy wywołujące a priori sprzeciw.

Negatywne nastawienie autorki do zdobyczy naukowych ostatniego okresu wydaje się być konsekwencją zbyt śmiałe ryzykownej decyzji.

Wiedza mimo luk, braków, błędów i niejasności reprezentuje wspaniały gmach, bogato wewnętrz urządzony, budowany przez generacje i stanowi rezultat długoletnich mozolnych dociekań i gigantycznego wysiłku myślowego licznej rzeszy badaczy. Można się ustosunkować opozycyjnie do tego lub owego systemu myślowego, ale trzeba przyznać, że i teorje spotykające się ze sprzeciwem uczonych zawierają nieraz ziarno prawdy, a nie tylko same plewy.

Można nie uznawać np. freudyzmu (ref. nie jest freudystą) jednakowoż należy przyznać, że ideje Freuda pobudziły świat myślący do zajęcia stanowiska krytycznego we ważnej materji naukowej, a dyskusje, które się stąd wyłoniły, zwróciły baczniejszą uwagę fachowców na zjawiska dawniej ignorowane, zachęciły badaczy do intensywnych badań i dociekań naukowych i przyczyniły się do pogłębienia naszych poglądów na fenomenologję psychologiczną. Gdyby odkrycia nadające piętno niezatarte nowoczesnej nauce nie były dokonane, z pewnością nie byłoby powstało dzieło autorki, które czytelnik — mimo uznania jego walorów — odkłada na stronę niezupełnie zadowolony, albowiem odczuwa on pewne niedociągnięcia w kierunku pozytywnego rozwiązania kwestji poruszonych przez autorkę.

Silnie akcentowana i szeroko rozłożona jest negatywna krytyka obecnie panujących ideji naukowych; w porównaniu z tym faktem, zaś strona pozytywna wygląda ubogo.

Negacją nie stworzy się nowych wartości. Książka zawiera rzeczy dobre i niejedną myśl nową, ale to co jest dobre, nie jest nowe, a to co nosi znamię nowości, nie zawsze jest dostatecznie i przekonywująco uzasadnione.

AL. PIOTROWSKI — Dziekanka.

M. G. Heuyer et Mlle Serin: Les troubles du caractère au début de la démence précoce. (Zaburzenia charakteru w przebiegu dementia praecox). Annales Médico-Psychologiques — Juillet 1930.

Autorzy są zdania, iż charakter człowieka jest konstytucjonalnym, jest produktem dziedziczności poprzednich generacyj i w ciągu życia nie ulega zmianie jakościowej. Jedynie pewne warunki patologiczne mogą spowodować zmianę charakteru jak n. p. choroby infekcyjne, neurologiczne, wstrząsy psychiczne i t. p., między innemi również dementia praecox.

W dementia praecox stwierdza się następujące charakterystyczne zaburzenia charakteru:

1. Kontrast w charakterze osobnika w okresie chorobowym z okresem przedchorobowym.

2, Nienawiść do jednego z członków rodziny, którego poprzednio otaczał szczególną czułością.

3. Nierozsądna i niedoprzewidzenia impulsywność objawiająca się czysto w oporze negatywistycznym czy w agresywności w stosunku do otoczenia.

4. Czyny antysocjalne, stojące w sprzeczności z moralnością osobnika przed chorobą.

Powyższe zaburzenia charakteru rozwijają się na podstawie rozdźwięku intelektualnego, afektywnego i pragmatycznego. Pamięć pozostaje nietknięta, lecz rozumowanie chorego jest dziwaczne i nielogicze, twierdzenia stereotypowe i wypowiadane bez przekonania. Występuje rozszczepienie intelektualne, objawiające się między innemi nieuzasadnionemi wybuchami śmiechu i grymasowaniem. Autorzy różniczkują zaburzenia charakteru u schizofrenika z zaburzeniami wrodzonemi lub powstałemi na tle innych chorób psychicznych.

1) *Zboczenia instynktu* istnieją od najwcześniejszego dzieciństwa. Osobnik inteligentnie i z premedytacją stara się celowo sprawić otoczeniu cierpienie, a czyny jego zawsze są związane z osiągnięciem korzyści dla siebie. Impulsywność występuje rzadko i ma swe granice. Schizofrenik również może popełnić czyny impulsywne, które jednak nam się wydają nieuzasadnione i niecelowe i są bez oznak inteligencji i przemyślenia. Osobnik ze zboczeniami instynktu dyssymuluje zręcznie, kłamie świadomie i stara się ukryć wady swoje podczas gdy u schizofrenika rzecz się ma odwrotnie, lub jeśli mówi nieprawdę, to w formie konfabulacji, a nie w celu oszukania kogoś.

2) *Zaburzenia charakteru u epileptyków.* Najważniejszą cechą jest impulsywność uzasadniona, lecz niewspółmierna między przyczyną a wybuchem gniewu. Po czynie chory wykazuje żal, a nie bierną obojętność lub cynizm schizofrenika.

3) *Zboczenia poencefalityczne* w niektórych przypadkach mogą przedstawiać trojakiego rodzaju obraz: po pierwsze podniecenia hypomanjakalnego z bezsennością, niepokojem, nadmierną wesołością; po drugie czynów impulsywnych. Poen-

cefalityk po dokonanym czynie wykazuje żal, podobnie jak to widzimy u epileptyków, jednak natychmiast po odebraniu kary lub przyrzeczeniu poprawy powtarza ten sam karygodny czyn.

W trzeciej odmianie zaburzenia podobne są do wrodzonych zboczeń instynktu, czyny tutaj jednak nie są wynikiem prawdziwych przemyślonych perwersyj, lecz polegają na nagłych i niedających się przezwyciężyć impulsach.

4) Zdarza się, iż w pewnej liczbie przypadków konstytucja cyklotymiczna objawia się okresami, w których osobnik popełnia różnego rodzaju przestępstwa. Stan intelektualny jest zupełnie normalny, a w przerwach między okresami podniecenia osobnik nie wykazuje żadnego rozdzwięku intelektualnego, afektywnego ani pragmatycznego.

Patogeneza. Autorzy są zdania, iż należy zapomocą psychoanalizy szukać traumatyzmu afektywnego, najczęściej pochodzenia seksualnego w okresie dojrzewania płciowego. Autorzy nigdy nie skonstatowali wybuchu dem. praecox u osobnika z konstytucjonalnym charakterem schizoidnym. Zaburzenia występowały dopiero w okresie dojrzewania płciowego. Utratę kontaktu życiowego ze rzeczywistością, autorzy nie uważają za przyczynę choroby, lecz tylko za cechę i to niespecyficzną dla dem. praecox. Autyzmu autor również nie zalicza do przyczyn, tylko do jednej z cech choroby. Niema jeszcze dostatecznych dowodów infekcyjnego lub toksycznego pochodzenia choroby.

Autorzy w tym względzie mogą tylko podać ciężkie obciążenie dziedziczne, które też nie jest wystarczające dla wytłumaczenia powstania dem. praecox, jedynie tłomaczy pojawienie się zaburzeń charakteru, podobnych do poencefalitycznych.

Streściła DR. STEJKOWSKA — Dziekanka

Prof. Henri Claude: Schizomanie à forme imaginative. (Schizomanja w postaci wyobrażeniowej) L'Éncéphale Nr. 10. Décembre 1930.

Poszczególne elementy, składające się na urojenia są przeważnie tak ze sobą powiązane, iż trudno powiedzieć, który z nich dominuje, np. halucynacje, interpretacje, czy wyobrażenia. W niektórych jednak urojeniach na plan pierwszy wysuwa się imaginacja. Autor podaje jako przykład dwie obserwacje.

Pierwsza chora, dziecko opieki społecznej, od młodości czuje się samotną i poszukuje trwałego przywiązania uczuciowego. Nawiązuje ona przelotne miłostki, nie znajdując zadowolenia, przerywa sobie ciążę bez zbytniego przejęcia się czynem. Po licznych rozczarowaniach podświadomie szuka kompensacji niespełnionych pragnień; odżywa w jej wyobraźni dziecko; jako symbol obiera sobie lalkę. Chora czuje się matką i troskliwie opiekuje się i żyje dla urojonego dziecka.

Druga chora z powodu nastawienia paranoidalnego od dzieciństwa czuje się źle, uważa się za mniej kochaną przez rodziców i krewnych od rodzeństwa, ucieka w świat marzeń i wytwarza z czasem urojenia imaginacyjne, iż pochodzi z rodziny szlacheckiej, gdzie jej było bardzo dobrze, a skąd nieznany mężczyzna uprowadził ją we wieku trzech lat i oddał na wychowanie do ludzi, którzy chcą być jej rodzicami.

Obie chore, niezadowolone z rzeczywistego stanu rzeczy, uciekają do świata marzeń, wyobraźnia wytwarza u nich urojenia, do których dostosowują następnie swoje zachowanie. Taka kompensacja ideo-afektywna jest ucieczką przed rzeczywistością i realizowaniem świata wyobrażeń, powoli nagromadzonych w świadomości i podświadomości i występuje stale u szeregu chorych, jak psychasteników, histeryków, paranoików, a zwłaszcza u osób o konstytucji *schizoidnej*, żyjących przeważnie swojem życiem wewnętrznem.

U pierwszej chorej autor konstatuje stan schizoidny, połączony ze stanem przygnębienia, bez kompletnej utraty orjentacji rzeczywistości. U tego rodzaju chorych lekarz może zbadać genezę urojeń i psychoterapja tu może dać dobre wyniki. Druga chora, osoba 65 letnia, cierpi na stan schizomanjakalny i wyjawia urojenia o charakterze paranoidalnym, bardzo ustalone, oraz wykazuje brak świadomości realistycznej. U tej chorej psychoanaliza nie jest w stanie wykryć genezy kompensacji ideo-afektywnej, a psychoterapja pozostaje bezskuteczna.

Streściła Dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

Henri Claude et Y. Levy Valensy: Psychose périodique et démence précoce (Psychoza okresowa i dementia praecox). L'Encèphale, mai 1931 nr. 5.

Często lekarz-psychjatra spotyka się z przypadkami, w których postawienie djagnozy sprawia dużo trudności, mianowicie

trudno często rozróżnić psychozę manjakalno-depresyjną od dementia praecox, rozpoznać associację obu chorób wymienionych, lub przejście jednej w drugą.

Powyższe trudności djagnostyczne skłoniły autorów do opracowania i zestawienia zasadniczych cech różniczkowych psychozy manjakalno-depresyjnej i dementia praecox. Badania cech biologicznych, neurologicznych, anamnestycznych i morfologicznych nie dały żadnych wyników specyficznych. Ciekawe są spostrzeżenia nad dziedzicznością obu chorób. Według statystyki Bovena dementia praecox, nieskomplikowana psychopatycznemi cechami typu paranoidnego, w dziedziczności jest polimorficzna, t. zn. daje w dalszem pokoleniu różnorodne psychozy i nie jest ciągła. Dziedziczność psychozy manjakalno-depresyjnej jest specyficzna i ciągła. W przypadkach gdy w rodzinie znajdują się cechy dziedziczne heterogenne, pojawiają się w potomstwie liczne psychozy; w połowie przypadków stwierdza się psychozę manjakalno-depresyjną lub objawy psychozy schizofrenijnej, w drugiej połowie występują objawy mieszane napadów manjakalno-depresyjnych kończących się stanem schizofrenijnym, lub psychoz z wyraźnemi objawami schizofrenijnemi, występującemi okresowo lub też bywają napady psychotyczne naprzemian noszące to charakter schizofrenijny, to psychozy manjakalno-depresyjnej. W rodzinie, w której się stwierdza podwójną dziedziczność schizofrenji i psychozy manjakalno - depresyjnej, częściej spotyka się u potomstwa schizofrenję, aniżeli w rodzinach, w których dziedzicznie występuje tylko schizofrenja. Stąd autorzy wnioskują, że schizofrenja i psychoza manjakalno dopresyjna prawie że nie istnieją samodzielnie bez wzajemnej od siebie zależności. Pominąwszy wyraźne zachorzenia psychiczne u krewnych chorego na dementia praecox, autor zauważył u nich następujące cechy charakteru: drażliwość, próżność, skrytość, lenistwo, niedbalstwo, upór, nieśmiałość. U krewnych chorych na psychozę manjakalno-depresyjną autor spostrzegał kwerulanctwo, próżność, chełpliwość lub niezdecydowanie, nadmierną skrupulatność, lękliwość; bywały przypadki samobójstwa. Największe znaczenie djagnostyczne ma dokładna obserwacja obrazu klinicznego. Autorzy wyliczają podstawowe cechy dementiae praecocis i rozpatrują je następnie kolejno w zestawieniu z psychozą

manjakalno-depresyjną, mianowicie: a) obojętność, b) katatonję c) rozkojarzenie, d) urojenia paranoidealne.

A) *Obojętność* u schizofrenika może czasami być zastąpiona wrogiem ustosunkowaniem się do otoczenia i rodziny, zamknięciem się w sobie, stronieniem od życia realnego. Manjak przeciwnie, bardzo współżyje z otoczeniem, w mniejszym stopniu również melancholik. Gonitwa myśli u manjaka, dochodząca czasami do pomieszania, może na pozór również dać obserwującemu wrażenie obojętności. Zasadniczą różnicą między obojętnością u schizofrenika, a psychozą okresową jest powrót afektywności między napadami chorobowemi u manjaka, a trwała sztywność afektu u schizofrenika.

B) Autor pod mianem *katatonji* rozumie następujące cechy: brak wszelkiej inicjatywy do ruchu, zaburzenia wazomotoryczne i organowegetatywne, zmniejszenie podstawowej przemiany materji, zatrzymanie się lub ucieczka myśli. Katatonja może jako symptom pojawiać się w różnych chorobach psychicznych. Katatonja symptomatyczna zwykle długo nie trwa, ogranicza się do kilku elementów; zmanierowania, werbigeracji, grymasowania. W przypadkach bardziej wyraźnych i długotrwałych najprawdopodobniej chodzi o pomieszanie asocjatywne.

C) *Rozkojarzenie.* Według Bleulera wszystkie objawy psychozy manjakalno-depresyjnej mogą występować w schizofrenji, lecz żaden symptom schizofrenijny nie przejawia się w psychozie manjakalnej. Wręcz odmiennego zdania jest Lange, który widział symptomy schizofrenji u prawie wszystkich swoich pacjentów z psychozą manjakalno-depresyjną. Autor jest zdania, że rozkojarzenie może *napozór* występować w 3 następujących okolicznościach: 1) w manji z gonitwą myśli, zmiennością nastroju, gdy nagle u chorego występują czynności antagonistyczne, 2) w stanach mieszanych manjakalno-depresyjnych, n. p. manjacy na zewnątrz o bardzo ubogim zasobie myśli, którzy mówią bez przerwy, powtarzając te same słowa, i t. p., 3) w przypadku połączenia schizoidu z psychozą okresową. D) Prawdziwych *urojeń paranoidalnych*, doprowadzających do otępienia w psychozie manjakalno-depresyjnej nigdy się nie stwierdza. Występujące na pozór paranoidalne urojenia są przeważnie wpływem afektywności manjaków, występują w połączeniu z paranoią lub jako urojenie melancholijne u debilów. Czy ewolucja choroby może dać pewne wyniki djagnostyczne? Na-

ogół psychoza manjakalno-depresyjna rozwija się w formie poszczególnych napadów oddzielonych od siebie okresami wolnemi, jasnemi, nie doprowadzając do otępienia. Dementia praecox natomiast rozwija się postępowo w kierunku otępienia. Z tego typowego przebiegu często bywają wyjątki. Przypadki atypowe polegają na remisjach i okresowości choroby dementia praecox i ewolucji dementywnej psychozy okresowej. Jedni psychjatrzy zaprzeczają okresowość psychozy dementia praecox, inni, jak Nissl, Kraepelin, Dupré, opisują kompletne remisje, z których jedne w końcu przechodziły w otępienie, inne kończyły się prawie zupełnem wyleczeniem. Co do problemu, czy psychoza manjakalno depresyjna może doprowadzić do otępienia , zdania są różne- Kraepelin uważa, że jeżeli w psychozie manjakalno-depresyjnej znajdujemy otępienie, to musiało ono już istnieć pierwotnie. Dagmet opisuje czasowe osłabienie stanu umysłowego, lecz nigdy nie zauważył trwałego otępienia. Naogół zdania autorów zgodne są co do tego, że psychoza manjakalno-depresyjna nie doprowadza do otępienia, jakkolwiek często w okresach wolnych od napadów stan umysłowy może być osłabiony, a przy bardzo często powtarzających się okresach chorobowych, może się rozwinąć pewien deficyt umysłowy. Okresowość psychozy dementia praecox trudna jest do wytłumaczenia.

Streściła Dr E. STEJKOWSKA—DEJTEROWA — Dziekanka.

Schroder-Kund. Le traitement par le soufre (sulfosine) de la paralysie générale et de quelques autres maladies syphilitiques ou non du système nerveux central. — (Leczenie zapomocą siarki („sulfosine") paraliżu postępującego i kilku innych chorób centralnego układu nerwowego pochodzenia syfilitycznego lub innego).

Annales Médico—Psychologiques, Octobre 1930 nr. 3.

Autor opisuje nowy sposób pyretoterapji chorób syfilitycznych, zwłaszcza kiłowych zachorzeń układu nerwowego. Siarka, wprowadzona do ustroju parenteralnie jako olejek „sulfosynę" podnosi w ciągu 12 godzin temperaturę ciała do 40° lub wyżej. Po 24 — 28 godz. temperatura powoli opada do normy. Według doświadczeń autora i publikacyj kilku innych badaczy jest to metoda zupełnie bezpieczna, która dała dotychczas bardzo dobre wyniki lecznicze. Stosuje się zastrzy-

ki domięśniowo, począwszy od $^{1}/_{2}$-1 cm^3, zwiększając stopniowo dawkę do 10 cm^3 „sulfosyny“. Serja obejmuje 10 zastrzyków. Można kurację powyższą kombinować z innemi środkami przeciwluetycznemi. Autor podkreśla, iż leczenie zapomocą siarki w zupełności może zastąpić kurację malaryczną, zwłaszcza w tych przypadkach, w których istnieją pewne przeciwwskazania do zaszczepienia malarji (posunięty wiek, ogólne wyczerpanie, ciężkie zmiany naczyń krwionośnych serca lub zachorzenia nerkowe) lub, w których się malarja nie przyjmowała.

Streściła Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

M. Paul Abely: La Mélancolie Pancréatique (D'une forme fréquente de la mélancolie d'involution). Melancholja pochodzenia trzustkowego) częsta forma melancholji inwolucyjnej.

Annales Médico-Psychologiques Novembre 1930, nr. 4.

W ostatnich latach liczni badacze zajmowali się studjami nad organicznem pochodzeniem melancholji. Autor niniejszej pracy uznaje różne postacie melancholji, jak melancholję symptomatyczną na tle psychicznem lub organicznem, formę lękową, występującą u psychasteników i przedewszystkiem 2 formy autonomiczne: melancholję psychozy manjakalno-depresyjnej i melancholję inwolucyjną, czyli przedstarczą. Tej ostatniej postaci autor poświęcił szczególną uwagę i wyodrębnił z niej, na podstawie obrazu biologicznego i psychicznego, nową odmianę, polegającą na niedomodze trzustki. Pod względem biologicznym autor podaje następujący charakterystyczny zespół objawów:

A) Częsta, lecz niestała obecność małych ilości cukru w moczu. U wszystkich pacjentów bardzo łatwo można było wywołać cukromocz pokarmowy (wystarczy w tym celu podać 100 gr. glukozy). Ilość cukru we krwi była różna u poszczególnych pacjentów. Próba adrenalinowa na glykemję występowała zawsze wybitnie dodatnio.

B) Ciśnienie krwi, zwłaszcza maksymalne, było zwykle powyżej normy. Charakterystyczna jest duża zmienność ciśnienia krwi, którego różnice oscyllometryczne w ciągu kilku dni, nawet godzin, mogą wynosić 4—6 podziałek. W miarę pogorszenia się stanu psychicznego, wzrasta ciśnienie i naodwrót.

C) Stan neurowegetatywny. U wszystkich chorych stwierdza się w wybitnym stopniu sympatykotonję, obwodowe

skurcze naczyniowe, objawy dystyreoidyzmu, często dodatkowe skurcze mięśnia sercowego, ustępujące po preparatach bromowych, polyurję i uporczywe zaparcia stolca. Obok opisanego zespołu objawów występują często zmiany fizykalne i neurologiczne, jak: 1) bóle newralgiczne, pochodzenia obwodowego, niestałe co do umiejscowienia i nasilenia. 2) drżenie palców, kończyny, lub całej połowy ciała, częściej jako drżenie zamiarowe, polegające na hypotonji mięśniowej. 3) metaliczny smak śliny. 4) spadek wagi ciała, postępujący równolegle z pogorszeniem się stanu chorobowego. 5) bolesność uciskowa okolicy trzustkowej. Co się tyczy zespołu objawów psychicznych, to choroba rozwija się powoli, po 45 roku życia, objawiając się początkowo ogólną psychastenją, przesadnemi troskami, odnoszącemi się do zwykłych swych zajęć, aż w końcu silniejsze przeżycie, mały wstrząs wzruszeniowy, powoduje wybuch stanu ostrego. Melancholja wymieniona charakteryzuje się silnem uczuciem lęku, samooskarżaniem się, stałym niepokojem o rodzinę, urojeniami oczekiwania przykrych wypadków, interpretacją wszystkich szmerów, ruchu i t. p. Ciekawe są nagłe remisje do zupełnej normy na przeciąg kilku godzin, wyjątkowo ponad jeden dzień, występujące o różnych porach dnia i nocy. W celu leczni zym autor stosował opoterapję w formie różnych preparatów trzustkowych, zastrzyki insuliny (codziennie 15 jednostek domięśniowo) i Angioxylu (jak insuliny lub na przemian z insuliną). Wyniki były zachęcające. Przyczyną choroby jest osobnicza predyspozycja, oraz niedomoga trzustki, która zajęta starczym procesem marskości, wywołuje hyperglikemję, nadciśnienie krwi, hypowagotonję i hypersympatikotonję, oraz dystyreoidyzm, stąd powoduje mniejszą odporność organizmu w ogólności, a komórek nerwowych w szczególności. Streściła: Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

J. Capgras: Le délire d'interprétation hyposténhique, délire de supposition. (Urojenia interpretacyjne hypósteniczne, urojenia przypuszczeniowe).

Annales Médico- Psychologiques, Novembre 1930. nr, 4.

Autor opisuje urojenia tłumaczeniowe i przypuszczeniowe jako jednostkę chorobową, stanowiącą formę mieszaną lub

przejściową między psychastenją i paranoją. Urojenia wymienione mogą występować tak u hyposteników jak u hypersteników. Hyperstenik sam jest prześladowcą innych i zmyśla skomplikowane historje, podobnie jak hypostenik, który się jednak sam zawsze czuje prześladowanym i reaguje raczej samobójstwem, niż morderstwem. Autor zajmuje się szczegółową charakterystyką hyposteników z urojeniami przypuszczeniowemi. Są to ludzie o charakterze egocentrycznym, którzy odnoszą do siebie wszelkie zjawiska świata zewnętrznego, jak ruchy, rozmowy, i t. p. Wszystko dla nich owiane jest tajemniczością, wszystko jest dziwacznem, niezrozumiałem. Analizując z przesadną dokładnością każdy szczegół, wysuwają oni nowe przypuszczenia, z tych budują urojenia bardzo nietrwałe, znikające szybko przy nowej niepewności. W rozmowie chorzy używają często wyrażeń jak: nie wiem, z pewnością, możliwe, sądzę, wątpię, i t. p. Ich ciągła niepewność prowadzi do podniecenia umysłowego, które pobudza pamięć i wytwarza hypermnezję. Na skutek hyperemotywności i towarzyszącego zmęczenia, oraz zmian humoralnych, powstaje leki stan pomieszania i stąd przy silniejszem natężeniu uwagi lub przy uwadze elektywnej mogą powstać halucynacje słuchowe lub pseudohalucynacje. Erotyzm może wyłonić urojenia kompensacyjne, n. p. dewotka, tłumiąca uczucie seksualne, czuje się prześladowaną erotycznie. Inni wyjawiają urojenia choroby zakaźnej i tłumaczą sobie w różny sposób swe niedomagania cielesne. Są to ludzie słabi, niezdolni do powzięcia decyzji, szukający rad i pomocy społeczeństwa. Chorzy tacy grożą rzadko, zdarza się nawet, że odruchowo atakują czynnie swego podejrzanego prześladowcę, lecz nigdy nie czynią tego z premedytacją. Naogół wolą bronić się piśmiennie, czując jednocześnie ulgę przy autoanalizie lub wyjawieniu komuś swych przeżyć.

Przebieg choroby można podzielić na 3 okresy.

Okres I, niepokoju, jest wzmożeniem cech charakteru przedchorobowego. Okres II, interpretacyjny, opisany powyżej, nie występuje przed 45 r. życia. Okres III, rezygnacji charakteryzuje się osłabieniem objawów chorobowych, a pogodność która się dołącza, oznajmia nadchodzącą starość. Autor uważa, że choroba wybucha u osobników predysponowanych, pod wpływem otoczenia, oraz małych, często powtarzających się wstrząsów uczuciowych. Między innemi przytoczonemi przy-

kładami, autor stwierdza opisaną chorobę u Jean Jacques Rousseau, opierając się i cytując bardzo ciekawe wyjątki z jego listów, oraz „Rêveries du promeneur solitaire.

Streściła: Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

Henri Baruk: Migraines d'apparence psychogénique suivies d'epilepsie Jacksonnienne dans un cas d'angiome cérébral. (Migrena o charakterze psychogennem z następową epilepsją jacksonnowską w przypadku naczyniaka mózgu).

L'Encéphale, janvier 1931, Nr. 1.

Historja choroby opisanego pacjenta składa się z dwóch okresów. Pierwszy okres charakteryzował się cierpieniem zaburzeń funkcjonalnych w postaci napadów migreny. Zwykle po przykrych przejściach występował napad, rozpoczynający się bólem lewej połowy ciała (kończyny górnej, dolnej i twarzy), a po pół godzinie dołącza się silny ból prawej okolicy ciemieniowo potylicznej. Po kilkudziesięciu latach rozpoczął się drugi okres choroby — padaczka jacksonnowska z drgawkami kończyny górnej i dolnej po stronie lewej. Zapomocą szczegółowych badań rozpoznano naczyniaka mózgu prawej okolicy czołowo - potylicznej. Oba okresy chorobowe były w ścisłej zależności od rozwoju nowotworu. Ponieważ lekarz w praktyce często się spotyka z zaburzeniami funkcjonalnemi systemu nerwowego, powinien zawsze badać, czy niema zależności od jakiejś narazie ukrytej sprawy organicznej.

Streściła: Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

H. Claude et H. Baruk: Sur quelques formes dégradées de l'epilepsie. Passage de l'automatisme moteur comitial à l'automatisme psycho-moteur conscient sous l'influence du gardénal. (O kilku postaciach epilepsji, w których pod wpływem gardenalu automatyzm motoryczny napadów przekształcił się na świadomy automatyzm psycho-motoryczny).

L'Encéphale, janvier 1931, Nr. 1.

W czasie napadu epileptycznego występują ruchy, lub nawet czyny automatyczne, zborne i często bardzo złożone, przy zniesionej świadomości pacjenta w czasie ich wykonywania, oraz z następową niepamięcią. Te cechy różnią automatyzm epileptyczny od automatyzmu psychologicznego i psychomotorycznego innych zaburzeń umysłowych, szczególnie

schizofrenji. Autor opisuje trzech pacjentów epileptyków, u których automatyzm epileptyczny przemienił się pod wpływem małych dawek gardenalu lub rutonalu, na automatyzm psychologiczny i psychomotoryczny. W ciągu leczenia można było zauważyć szereg stanów przejściowych. Początkowo pacjenci wcale nie zdawali sobie sprawy ze swych ruchów i grymasów w czasie napadu, w dalszem stadjum ruchy odbywały się również bez udziału woli, lecz chorzy przypominali je sobie potem, w następnem stadjum idea danego ruchu pojawiała się nagle w tym czasie, gdy pacjent go wykonywał, w końcu objawy te mogły nawet być częściowo kierowane wolą. Liczni badacze, stojący na stanowisku organicznego podłoża epilepsji opierają się głównie na obserwacji, że automatyzm ruchowy w czasie napadu występuje samodzielnie, bez żadnego związku z psychiką. Janet opisuje, że ruchy automatyczne w napadzie epileptycznym są automatycznemi czynnościami móżdżku, opuszki i półkul mózgowych; wygłasza on zdanie, że nie należy mówić o czynności podświadomej i automatycznej mózgu, lecz o czynności podświadomej tego a tego ośrodka nerwowego. Badania autorów niniejszej pracy przeczą powyższemu poglądowi, ponieważ chorzy pod wpływem gardenalu wykazywali ścisły związek ideo-motoryczny, pamiętali myśli i ruchy po napadzie i objaśniali ich znaczenie, czasami mogli nawet wpływać na nie do pewnego stopnia wolą. Kilku badaczy zaniechało leczenia gardenalem z powodu występowania zaburzeń psychicznych. Autor zadaje sobie pytanie, czy w tych przypadkach nie chodziło o stadjum przejściowe napadów motorycznych w objawy psychiczne, co byłoby etapem w kierunku złagodnienia epilepsji i wtedy korzystniej by może było zamiast gardenal zarzucić, powiększyć ostrożnie jego dawkę.

Streściła: Dr. STEJKOWSKA — Dziekanka.

L. Marchand et A. Courtois: Le liquide cephalo-rachidien dans l'épilepsie dite idiopathique. (Płyn mózgowo-rdzeniowy w epilepsji idiopatycznej).

L'Encéphale. janvier 1931, nr. 1.

Autorzy badali płyn mózgowo-rdzeniowy epileptyków, u których nie było można stwierdzić żadnych objawów choroby organicznej układu nerwowego. Badano ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, miano albumin, globulin, limfo-

cytozę. różne reakcje koloidalne i wiązania dopełniacza, skład chemiczny, właściwości fizykalne i fizykochemiczne, oraz toksyczność. *Ciśnienie* płynu mózgowo-rdzeniowego w okresie wolnym od napadu, jest normalne. W czasie napadu ciśnienie wzrasta, utrzymuje się na najwyższej wysokości w czasie skurczów tonicznych, zaczyna spadać w czasie skurczów klonicznych, i wraca do normy pod koniec napadu. Autorzy są zdania, iż wzmożenie się ciśnienia w czasie napadu epileptycznego spowodowane jest zaburzeniami naczynioruchowemi w mózgu. *Ilość białka* w płynie mózgowo-rdzeniowym była zwykle normalna. Tylko w 19 proc. badanych przypadków można było stwierdzić lekką hyperalbuminozę, w związku z którą reakcje globulinowe wypadają często dodatnio.

Nie spotyka się znaczniejszej *limfocytozy*, a w przypadkach, w których ilość limfocytów jest wzmożona, należy myśleć o epilepsji symptomatycynej. *Reakcje koloidalne* wykazują często przedłużenie krzywej precypitacji benzydynowej w sferze, zwanej meningityczną. Badania nad zmianami fizykalnemi, chemicznemi i toksycznością nie dały odchyleń od normy.

Streściła Dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

J. S. Rabinowitch: Les principes du traitement antiepileptique contemporain. (Zasady współczesnego lecznictwa antyepileptycznego).

L'Encephale janvier 1931, nr. 1.

I. Profilaktyka napadu epileptycznego.

Autor wskazuje czynniki wpływające na stopień napadów epileptycznych. Należy pilnie przestrzegać chorych przed krwawieniem, a chorzy z krwawieniem z nosa, hemorrhoidów, lub w okresie miesiączki winni pozostawać w łóżku. Prądy elektryczne nawet o minimalnych napięciach są dla epileptyków niebezpieczne. Szkodliwe są: wysoka temperatura kąpieli, przegrzane mieszkanie, nadmierna ruchliwość, hyperwentylacja, n. p. przy wchodzeniu na schody, góry i t. d. Nagłe przebudzenie chorego ze snu może u niego wywołać napad epileptyczny. Odżywianie powinno być regularne, lekkostrawne, niezbyt słone. Znane jest szkodliwe działanie niektórych leków, n. p. większości alkaloidów, atropiny, kokainy, strychniny. Autor jest przeciwnikiem stosowania belladony i strychniny w celu leczniczym u epileptyków. Uszkodzenie czaszki przy porodzie, operacji i silne wstrząsy uczuciowe sprzyjają wybuchowi napadów epileptycznych.

II. Profilaktyka napadu epileptycznego w okresie aury.

Autor doświadczalnie wywoływał u chorych napady epileptyczne. Najlepszym środkiem zapobiegawczym w okresie aury okazało się wdychiwanie azotanu amylowego. Często można było zapobiec wystąpieniu drgawek przez wstrzymywanie oddechu w czasie aury i ułożenia w ciemnym pokoju.

III. Leczenie status epilepticus.

Dawniej stosowano chloralhydrat w połączeniu z preparatami bromu, lub bez nich. Zastrzykiwano również luminal-natrium domięśniowo, lub suboccipitalnie. Autor od kilku lat zastrzykuje dożylnie 5 — 10 ccm calcium chloratum w 5 proc. rozczynie i otrzymał b. dobre wyniki. Mechanizm tego leku tłumaczy się działaniem odwadniającem, znoszącem obrzęk mózgu w czasie napadów. Frisch proponuje upust 250 cm^3. krwi i wprowadzenie dożylnie 20 — 60 cm^3 50 proc. roztworu glukozy. Metoda ta często dała dodatnie rezultaty.

IV. Leczenie epilepsji.

Niema tu żadnego leku specyficznego. Próbowano proteinoterapję, jałowe abscesy, autohemoterapję podskórnie i do przestrzeni podpajęczynówkowych, preparaty jodowo-rtęciowe, wszystko bezkutecznie. Zauważono, że napady ulegają redukcji w czasie gorączkowania. To skłoniło autorów do leczenia epileptyków tuberkuliną. Zdaniem autora należałoby zaszczepić formę gruźlicy zimnokrwistych (żółwiej) lub kulturę B. C. G. Czynne ognisko gruźlicze wpłynęłoby może na ośrodek humoralny, aby go uodpornić na czynnik epileptogeniczny. Leczenie hormonami nie dało zadawalających usług. Wyciąg z jajników działał nieźle, wyniki po stosowaniu wyciągów gruczołu tarczowego były różne mianowicie dobre u osób ze zwolnioną przemianą materji objawiającą się tuszą i zatrzymaniem płynów. Rezultaty po przysadce mózgowej, nadnerczu, przytarczyczkach były mało zadawalające. Choroschko podaje injekcje emulsji tkanki mózgowej. Nowsze doświadczenia polegają na upuście krwi i wdmuchiwaniu powietrza dolędźwiowo, lub podpotylicznie. Wiedeńscy autorzy podają dobre wyniki po wymienionej metodzie zastosowanej u dzieci, Chirurgiczne leczenie obejmuje trzy najważniejsze operacje. 1) Horsley i Foerstera: ablacja części kory mózgowej, 2) Kochera: utworzenie drogi dla odpływu płynu mózgowo rdzeniowego do przestrzeni podskórnej. 3) Zabiegi na nerwie współczulnym szyjnym.

Leczenie symptomatyczne składa się głównie z 3 środków: bromu gardenalu, winianu borowego. Dłuższe leczenie wyłącznie preparatami bromu jest szkodliwe, z powodu a) wystąpienia trądzika skórnego, b) osłabienia pamięci, c) depresji moralnej.

Działanie bromu odnosi się tylko do kory mózgowej. Dieta bezsolna pozwala na mniejsze dawki bromu. Muskens jest zdania, że przypadki oporne na 3 — 4,0 gr. bromu dziennie nie poprawiają się także przy dawkach wyższych. Niezbędnym lekiem w epilepsji stał się gardenal. Wyniki w „petit mal" i ekwiwalentach epileptoidalnych są wątpliwe, notowano nawet zaostrzenie się zaburzeń psychicznych. Najlepiej podawać małe dawki 0,015 — 0,05 trzy razy dziennie, a w przypadkach, w których napady występują wyłącznie w nocy, można dać całodzienną dawkę wieczorem. Leczenie powinno trwać przez kilka lat przerwa kilkodniowa może wywołać powrót napadów, nawet status epilepticus. Na epilepsję pochodzenia arterjosklorotycznego dobrze wpływa połączenie gardenalu z małą dawką teobrominy lub z jodkami.

Z preperatów borowych stosowano: dwuwinian borowy sodu do 9 gr. dziennie, boraks w połączeniu z bromami i naparem walerjanowym, kwas borny i t. p. Wszystkie te środki wpływają dobrze na epilepsję, lecz wywołują po pewnym czasie zmiany skórne i zaburzenia trawienne. Winian borowo-potasowy w małych dawkach (3 — 4 gr.) oddaje bardzo dobre wyniki i przewyższa wymienione środki brakiem domieszek toksycznych, brakiem złego smaku, nie wywołuje zaburzeń trawiennych, ani zmian skórnych, nie wpływa ujemnie na funkcję psychiczne, jak pamięć, sen i t. p., nie wymaga zwiększania dawek i działa na wszystkie rodzaje epilepsji. Poprawa ukazuje się już po 3 m tygodniu kuracji. Metodę tę zaleca się zwłaszcza w epilepsji dziecięcej, leczenie winianem borowo-potasowym trwa kilka lat. Poza zaprzestaniem używania go, napady występują napowrót po kilku tygodniach, po przerwaniu leczenia gardenalem, napady wracają po 3 — 4 dniach.

Streściła: Dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

Ph. Pagniez: La thérapeutique actuelle de l'epilepsie (Współczesne leczenie epilepsji). L'Encéphale, Janvier 1931, Nr. 1.

W terapji farmakologicznej epilepsji pierwsze miejsce zajmuje: *luminal* i *gardenal*. Doświadczenie dziesięcioletnie pouczyło,

że gardenal oddaje dobre wyniki przy stosowaniu w ciągu dłuższego czasu bez przerwy i w wystarczających dawkach. Średnio podaje się pacjentowi około 20 cntgr. gardenalu dziennie, najkorzystniejszą jednak dawkę dla poszczególnych chorych należy ustalić przez wypróbowanie. Objawy uboczne w postaci zmian skórnych lub neuropsychicznych spostrzegano nadzwyczaj rzadko, tak samo zdarza się tylko wyjątkowo trwała intolerancja w stosunku do gardenalu. Najlepiej środek ten wpływa na napady korczowe, słabiej działa na „petit mal" i ekwiwalenty epileptyczne Analogicznie działa moczan kwasu fenyletylmalonurowego t. j. *rutonal,* który należy podawać w dawkach większych, średnio 30 — 40 cntgr. dziennie. Zastrzyk 4 — 5 cm^3 *somnifenu* może. znieść status epileticus. Brom z powodu swego działania ubocznego zajmuje dziś małe miejsce w lecznictwie. Używa się go jeszcze w przypadkach, w których wystarcza mała ilość do 1 gr. i w których nie wywiera działania ubocznego. Od roku 1930 zastąpiono brom *winianem borowo-potasowym* 1 — 3 gr. dziennie w roztworze 20,0 : 300,0 lub w tabletkach, liczni autorowie opisują jednak niedostateczne wyniki. W ostatnich latach najchętniej stosowano połączenia kilku leków, n. p. zapisywano małe dawki gardenalu na przemian z rutonalem, bromem lub belladoną, kokainą, strychniną i innemi. Stosowano również leczenie antysyfilityczne, które jednak wskazane jest tylko w przypadkach, w których się stwierdza lub podejrzewa kiłę. Duże znaczenie ma leczenie djetetyczne. Liczni badacze doszli do wniosku, iż u epileptyków zachodzi chwiejność równowagi zasado-kwasowej krwi z dążnością do hyperalkalozy plazmy przed napadami. Foerster dowiódł, że próba hyperwentylacji, która zmienia odczyn krwi w kierunku alkalicznym może wywołać napad epileptyczny u osobnika zdrowego. Z tego wynikałoby, że alkaloza sprzyja, acidoza hamuje pojawienie się napadu. W celu wytworzenia przewagi kwasowości organizmu stworzono dla chorych djetę bogatą w tłuszcze, a ubogą w węglowodany i białko. Podawanie n. p. 15 gr. węglowodanów, 25 gr. białka i 180 gr. tłuszczu. Pojawia się znaczna ketonurja mimo to organizm doskonale znosi tą djetę nawet przez dłuższy czas. Amerykańscy autorzy opisują doskonałe wyniki tej metody, zwłaszcza w epilepsji dziecięcej. Po kilku miesiącach można stopniowo zwiększać ilość białka i węglowodanów, zmniejszając ilość tłuszczów. Na czem polega korzystne działanie tej djety z pewnością jeszcze określić nie można. W Stanach

Zjednoczonych badacze uważają, że brak napadów stoi w związku ze znacznem wyeliminowaniem zasad i z następowem odwodnieniem organizmu. Na podstawie tej teorji Amerykanie ustalili inny typ djety antyepileptycznej: pacjentowi wykonuje się kilka nakłuć lędźwiowych z następowem wstrzyknięciem powietrza w celu umożliwienia encephalogramu. Następnie ogranicza się pacjentowi przez 24 godz. płyny do ilości 300 — 475 cm^3. U pewnej części chorych napady znikły, lub zamieniły się na krótkie „petit mal". Pewna liczba chorych jest odporna na to leczenie. Władyczko zaproponował djetę cukrową, t. zn. dodatek 200 gr. cukru dziennie do zwykłego pożywienia chorego. W pewnych przypadkach djeta ta redukuje znacznie napady. Opoterapję gruczołową próbowano często, lecz niema dziś zwolenników. Bywają czasami przypadki epilepsji u kobiet w związku z zaburzeniami czynności jajników. Z chirurgicznych metod próbowano resekcję odpowiedniej okolicy kory mózgowej, sympatykotomję. Przy malarjo-terapji napady ustępowały w czasie gorączkowania, nie ukazywały się przez kilka miesięcy, lecz po pewnym czasie pojawiły się bez żadnej zmiany. Proteinoterapja w różnych formach nie dała żadnych wyników, lub tylko wyjątkowo i to chwilowe.

Streściła Dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

L. Vincelet: La belladone et le traitement du syndrome epileptique (Balladonna i leczenie zespołu epileptycznego). L'Encephale, janvier 1931, nr.1.

Wielu autorów współczesnych nie uznaje epilepsji za samodzielną jednostkę chorobową, lecz uważa ją za objaw choroby organicznej. Często przyczyny epilepsji nie są znane i dlatego leczenie nie zawsze jest etjologiczne, a symptomatyczne. W ostatnich latach duże postępy uczyniło lecznictwo symptomatyczne. Współzawodniczą przedewszystkiem trzy środki: brom przy djecie solnej lub bezsolnej, winian borowo-potasowy lub sodowy i moczan kwasu fenyletylmalonurowego. Zwłaszcza co do ostatniego środka liczni autorzy ogłaszali bardzo dobre wyniki lecznicze. W nielicznych przypadkach, gdzie środek ten nie dawał dostatecznych rezultatów, próbowano dołączyć do kuracji inne środki, jak beladonnę, adrenalinę, pilocarpinę, genezerynę, azotan sodu, kofeinę i inne. Autor niniejszej pracy stosował u swoich chorych kurację moczanem kwasu fenyletylmalonurowego, w przypadkach

niedostatecznych wyników leczniczych dodawał alkoloidy czynne z beladonny. Autor podaje porównawcze wyniki badań 8 chorych.

1) Wpływ na napady. Ilość napadów z 2362 w ciągu roku przy leczeniu moczanem kwasu fenyletylmalonurowego spadła, po dołączeniu alkoloidów beladonny do 837 rocznie.

Mimo zwiększenia dawek beladonny nie można było otrzymać dalszego zmniejszenia się ilości napadów. Napady stały się słabsze, zamroczenia krótsze. Bardzo rzadko występowało rozdrażnienie lub czyny gwałtowne.

2) Wpływ na ekwiwalenty epileptyczne.

Sam moczan kwasu fenyletylmalonurowego nie wpływał na zawroty głowy „absence" i ekwiwalenty, natomiast w połączeniu z beladonną zmniejszył w znacznym stopniu wymienione objawy.

3) Wpływ na stan umysłowy. W związku ze zmniejszoną ilością napadów powróciła w małym stopniu inteligencja chorych, lecz charakter ich nie uległ zmianie. Kilku odzyskało zdolność do pracy. Autor stosował 2o — 30 centygr. moczanu kwasu fenyletylmalonurowego i dodawał tabletki zawierające 1/4 mg. alcaloidów czynnych beladonny, zwiększając stopniowo dawkę do 2 — 6 mg.

Epileptycy przedstawiają stan nierównowagi układu vagosympatycznego, objawiającego się wagotonją przed napadami Moczan kwasu fenyletylmalonurowego jest moderatorem nerwu błędnego, w niektórych jednak przypadkach jeszcze nie wystarczającym. Alkaloidy beladonny działają na hypertonję mięśniową, osłabiając ją. Tem tłumaczy autor korzystne współdziałanie uspakajające beladonny w epilepsji.

Streściła dr. E. STEJKOWSKA — Dziekanka.

Prof. V. M. Buscaino (Catania): Catatonia sperimentale negli animali e nell'uomo. Katatonja doświadczalna u zwierząt i ludzi).

Milano, 1931, Soc. Ed. Libr.

Autor omawia szczegółowo literaturę naukową, dotyczącą doświadczeń całego szeregu badaczy nad możnością wywołania — drogą stosowania pewnych środków chemicznych — stanów katatonicznych i kataleptycznych u ludzi i zwierząt.

Jak z literatury wynika, bulbokapnina (alkaloid typu aminy derywat „di — B-feniletylaminy"), stosowana doustnie lub dożylnie, wywołuje tak u ludzi, jak i u zwierząt szereg objawów

wśród których przeważają: hypokinesis, brak reakcji na bodźce zewnętrzne; wiotkość członków (flexibilitas cerea), — słowem, objawy spotykane bardzo często w dementia praecox catatonica. Natomiast inne objawy jak trwanie w narzuconych (niekiedy bardzo niewygodnych) pozycjach, hypertonja (niespotykana jednak u ludzi), przypominają zespoły parkinsoniczne i parkinsonoidalne. Pozatem bulbokapnina wywołuje między innemi hypokalcemję i hypotoxemję, napotykane również w dementia praecox catatonica.

Wyniki jednak doświadczeń z bulbokapniną nie są zawsze równe i zależne od rodzaju i stopnia wrażliwości i pobudliwości badanego osobnika, oraz od wielkości dawki.

Poza bulbokapniną stosuje się w celach doświadczalnych najczęściej somnifen (również o strukturze aminy). Parker otrzymał tylko w jednym przypadku typowy obraz kliniczny katatonji z katalepsją — i to u okresowego katatonika nie zdradzającego wyraźnych objawów katatonji w chwili dokonywania doświadczenia. Często natomiast somnifen powoduje mimowolne manifestacje uczuciowe (śmiech, płacz, westchnienia). Do celów doświadczalnych najlepiej nadają się mniejsze dawki somnifenu, aplikując bowiem dawkę 2 cc. dożylnie, otrzymano w 86 proc. przypadków wyniki dodatnie, t. j. objawy charakterystyczne dla dementia praecox catatonica.

Autor, w przeciwieństwie do szeregu innych autorów, doszedł na podstawie własnych doświadczeń do wniosku, że objawy katalepsji można wywołać bulbokapniną również u zwierząt z uszkodzoną korą mózgową a nawet całkiem tejże pozbawionych, to znaczy, że objawy te polegają na działaniu środka chemicznego nietyle na korę, ile właśnie na zwoje podstawy czaszki.

Z doświadczeń wynika dalej, że nietylko bulbokapnina i somnifen, ale wogóle wszystkie pochodne barbiturowe (jak luminal, weronal i in.) działają przedewszystkiem na ganglje podstawy. Ehrismann stwierdził, że weronal, podany w zwykłej dawce nasennej, odkłada się prawie wyłącznie w thalamus opticus i w corpus striatum, — a dopiero podawany w dawkach bardzo silnych odkłada się również w rdzeniu kręgowym i innych częściach ośrodkowego układu nerwowego.

Reasumując powyższe, autor dochodzi do wniosku, że specjalnie substancje chemiczne o strukurze aminowej, podawane doustnie lub dożylnie, powodują szereg objawów charakterystycznych dla dementia praecox catatonica oraz dla parkinsonizmu

poencefalitycznego,— a terenem ich działania nie jest kora mózgowa, lecz przeważnie formacje podstawy mózgu.

Streścił Br. MAKOWSKI — Dziekanka.

Dr. A. Ceillier: Exposé d'un projet de loi concernant la création d'annexes psychiatriques dans les prisons, de laboratoires d'anthropologie criminelle et de maisons d'observation pour enfants vagabonds (Przedstawienie projektu prawa dotyczącego oddziałów psychjatrycznych w więzieniach, laboratorjów antropologji kryminalnej, oraz domów obserwacji dla nieletnich włóczęgów)

L'Hygiène Mentale, février 1931, nr. 2.

Francuski minister sprawiedliwości Chéron, wyznaczył komisję, celem przeprowadzenia rewizji prawodawstwa karnego. Już na pierwszem posiedzeniu w dniu 3. I. 1931 generalny prokurator Matter, wypowiedział zdanie, że zmiana ustaw musi iść w kierunku indywidualizowania kar, przyczem dodał, że Francja, przodująca zwykle postępem socjalnym, na tem polu pozostała w tyle. To, że w ten sposób postawiono sprawę, już na pierwszem zebraniu, dowodzi, że obecny stan naszego systemu represji karnych jest anachronizmem, który nie może trwać dłużej. Przekonano się, że kodeks napoleoński, po posłużeniu za wzór wielu narodom, do dzisiejszej epoki i jej postępu nie jest dostatecznie przystosowany. Zasady, które posłużyły do zwalczania obecnego systemu i zaproponowania innego, nie są niczem nowem. Już Platon twierdził, że przestępca jest chorym, który powinien być leczonym, zaś w wypadku nieuleczalności, zgładzonym lub wygnanym z kraju. Te zasady weszły już w życie w Belgji, dzięki kryminologom tej miary jak Dr. Vervaeck.

We Francji temat ten poruszono, po raz pierwszy w r. 1880 przez Gabryela Tarde.

Naturalnie, że tego rodzaju dzieło, jak reforma systemu karnego, nie może być przeprowadzona odrazu. Pierwszym krokiem będzie założenie przy więzieniach, laboratorjów antropologji kryminalnej, które właśnie w Belgji spowodowały późniejsze reformy.

Streścił Dr. WINIARZ — Dziekanka.

M. Blacque - Belair — député de la Seine. Proposition de Resolution concernant l'examen des détenus et des condamnés, ainsi que la création d'annexes psychiatriques des

prisons et de laboratoires d'anthropologie criminelle. (Propozycja postanowień, tyczących się badania uwięzionych i skazanych, zarówno jak utworzenia oddziałów psychjatrycznych przy więzieniach oraz laboratorjów antropologji kryminalnej).

L'Hygiène Mentale, février 1931, nr. 2.

W wywodzie motywów podaje autor, że opinja publiczna zdaje sobie sprawę z istnienia kilku rodzajów przestępców, a więc: jedni, to niebezpieczni złoczyńcy, recydywiści, którzy winni być przedmiotem specjalnej represji karnej. Inni, często ofiary okoliczności niesprzyjających, środowiska, wad fizycznych lub umysłowych, powinni być przedmiotem specjalnych starań. Pobyt ich w więzieniu należy wykorzystać i zastosować prawdziwą „terapję poprawczą". Więzienie powinno być dla nich szkołą zawodową, szkołą powszechną i szkołą moralności. Tymczasem, jak dotąd, jest „fabryką recydywistów". Profesor Balthazard pisze: „Jednakowe postępowanie z wszystkimi skazanymi jest równie nielogiczne, jak jednakowe leczenie wszystkich chorób". Przestępczość nie może być rozważana z punktu widzenia metapsychicznego, religijnego, czy nawet moralnego. Przestępczość jest zjawiskiem biologicznem i socjalnem, które ma swoje prawa, objawy, ewolucję, djagnozę i wymaga swoistego postępowania. Publiczność nie może zrozumieć dlaczego kryminologja, pozostaje w tyle, poza współczesnym ruchem naukowym i zachowuje zasady z wieków średnich. W obecnym stanie rzeczy ekspertyza psychjatryczna ma wiele braków. Pominąwszy, że znawca sądowy ma bardzo trudne zadanie, badając zaburzenia umysłowe, które nie mają objektywizmu objawów cielesnych, w dodatku ma często do czynienia z agrawacją lub symulacją. Obecnie badanie psychjatryczne obwinionych odbywa się w opłakanych warunkach. Niemożliwem jest przeprowadzenie dokładnego badania, zarówno jak obserwacji i badań laboratoryjnych.

Kto poleca wykonanie ekspertyzy, w jakich warunkach i na czyją korzyść?

To prawo mają wyłącznie urzędnicy sądowi, ale wniosek może wyjść od obwinionego, lub jego obrońcy. Na szczęście w pewnej ilości przypadków, zdrowy rozum wystarcza do zorjentowania się, czy obwiniony winien być badany przez psychjatrę. Nieraz na wniosek adwokata bada się zupełnie zdrowych, stąd strata czasu i wzrost kosztów sądowych. Gorsze są jednak wypadki, gdy zaniedba się badania u indywiduów, których ubytki

umysłowe zasługiwałyby na zmniejszenie lub zniesienie odpowiedzialności. I te wypadki są częste, gdyż nierzadko debile nie zdają sobie sprawy ze swego upośledzenia i nie żądają badania. Stany obłąkania często nie uwidaczniają się na pierwszy rzut oka. Często choroba psychiczna może być wykryta jedynie badaniem laboratoryjnem. Należy przestrzegać ostrożności, aby z jednej strony nie badano symulantów i zdrowych, z drugiej zaś nie zaniedbano chorych.

Warunki badania psychjatrycznego są takie, że w ogromnej większości wypadków, odbywa się w celi, a w jednym tylko więzieniu paryskiem jest t. zw. „gabinet lekarski“, gdzie niema żadnych urządzeń prócz stołu, krzesła i żelaznego łóżka. W tych warunkach, rzecz prosta, o pomyłki djagnostyczne bardzo łatwo. Obserwacja obwinionego właściwie nie istnieje, gdyż lekarz nie może polegać na spostrzeżeniach dozorców. Jeżeli n. p. badany powie lekarzowi, że miał w celi napad drgawek, to najczęściej nie da się ustalić, czy rzeczywiście tak było, a całkiem już wykluczonem jest zaopinjowanie, czy był to napad histeryczny, epileptyczny, histero-epileptyczny, neuropatyczny, czy symulowany. Symulować badanemu jest stosunkowo łatwo w ciągu pół-godzinnego badania lekarskiego, ale prawie niemożliwością jest robić to w czasie dłuższej obserwacji. Wydać się może nieprawdopodobnem, a jednak badania laboratoryjne w praktyce są nie do przeprowadzenia. Poprawę przedstawionego powyżej stanu rzeczy widzi autor w utworzeniu oddziałów psychjatrycznych w więzieniach, dzięki którym będzie możliwe dokładne badanie, a przedewszystkiem obserwacja przez lekarzy i odpowiednio wyszkolony personel. Gdyby tego rodzaju oddziały utworzono przy szpitalu, byłoby wiele trudności z pilnowaniem obwinionych, nie byłoby możliwem przeszkodzenie w komunikowaniu się ustnem lub pisemnem ze światem zewnętrznym. Przenoszenie z więzienia do szpitala i naodwrót byłoby trudnem z punktu widzenia administracji, budżetu i t. d. Podobnie miałaby się sprawa z utworzeniem oddziałów dla uwięzionych przy zakładach psychjatrycznych. Pozostaje więc jako najprostsze, umieścić je w budynkach więziennych. Zorganizowanie oddziałów psychjatrycznych nie byłoby sprawą zbyt skomplikowaną. Dla dużego więzienia, jak „la Santé“ w Paryżu, wystarczą jedna lub dwie sale wspólne sumarycznie na 20 — 25 łóżek, plus czterech do sześć cel izolowanych. Przy urządzeniu oddziału, należy przewidzieć łatwy i stały nadzór

przez jednego pielęgniarza, uniemożliwienie samobójstwa i wyposażenie w niezbędne do badań przyrządy lekarskie. Badani w zasadzie winni leżeć w łóżkach, a tylko za pozwoleniem lekarza wstać i wówczas mogliby być zajęci lekką pracą ręczną. Spacer powinien być dozwolony dwa razy dziennie, jak dla innych więźniów. Należałoby zakazać palenia i picia, aby pobyt na oddziale psychjatrycznym nie był przez symulatów uważany za przyjemniejszy, niż w pozostałej części więzienia. Personel musi się składać z lekarza-szefa, asystenta i kilku pielęgniarzy.

Kogo i kiedy należy badać w oddziale psychjatrycznym? Polecenie obserwacji może wydać lekarz-znawca, sędzia śledczy, personel administracyjny lub lekarski więzienia (z powodu myśli samobójczych lub wyraźnych wad psychicznych) i na polecenie lekarza naczelnego. Jakkolwiek lekarz naczelny może być znawcą w danym przypadku, nie może on jednak mieć monopolu na wydawanie orzeczeń. Do obowiązków lekarza naczelnego należałoby usuwanie osób psychicznie chorych z pośród uwięzionych. W więzieniu „de Forest“ w Brukseli nowi więźniowie są przedstawieni lekarzowi. Lekarz znający kryminologję i więźniów, jest w stanie orzec po kilkuminutowem badaniu o ewentualnej potrzebie obserwacji. W Belgji z urzędu zostają umieszczeni na oddziałach psychjatrycznych: 1) tacy, którzy dawniej byli w zakładach psychjatrycznych, 2) którzy dawniej byli obserwowani na którymś z oddziałów psychjatrycznych, 3) którzy usiłowali popełnić samobójstwo i 4) którzy mają napady drgawkowe.

Równocześnie z utworzeniem pracowni psychjatrycznych powinny być zorganizowane laboratorja antropologji lekarskiej. Celem antropologji kryminalnej jest poznanie człowieka obwinionego biorąc pod uwagę, że jego indywidualność ukształtowała się w zależności od środowisk w jakich on żył. Dziedziczność i środowisko są dwoma głównemi czynnikami przestępczości. Te same przyczyny, zależnie od okoliczności i indywiduum, prowadzą do choroby, demencji, neuropatji, włóczęgostwa i przestępczości. Skoro więc z jednej strony typy przestępców są bardzo różne, z drugiej zaś, przyczyny ich czynów są różnorodne, błędnem jest jednakowe ich traktowanie. Indywidualizowanie kar, a ściślej biorąc postępowania karnego, jest naczelną reformą, o którą walczy antropologja kryminalna. Trzeba indywidualizować podsądnych w kierunku możliwości poprawy i niepoprawności. Według profesora Balthazard'a, należy przeprowadzić klasyfikację, opartą na

podstawach naukowych, a wraz z obserwacją pozostających w detencji, notować skutki i reakcje na zastosowane metody. Sprawa oddziałów psychjatrycznych i laboratorjów antropologicznych była już przedmiotem sprawozdania, przedstawionego przez profesora Balthazaro'a, na komisji reform karnych. Podkomisja, której polecono reformę, wynurzyła następujące życzenia:

Biorąc pod uwagę, że przestępcy różnią się swoim stanem fizycznym, umysłowym, charakterem i, że jest niezbędnem, aby je dobrze poznać i postępować zależnie od wypadku, wyraża się życzenia, aby utworzono w więzieniach laboratorja antropologji kryminalnej, gdzie kompetentni psychjatrzy ustalą pewne miary antropologiczne wszystkich indywiduów skazanych.

Raport ten został przedłożony ministrowi sprawiedliwości, ale niestety w tym czasie minister ustąpił, a następca jego nie zainteresował się tą sprawą.

W obecnej chwili możnaby te rzeczy przeprowadzić. Na razie możliwem byłoby utworzenie niewielkich ilości oddziałów psychjatrycznych w więzieniach większych. Trudno obliczyć dokładnie wydatki, ale wszystko przemawia za tem, że nie będą one duże, a w każdym razie nie pozostaną w żadnym stosunku do rezultatów. Budynków osobnych nie potrzeba. W Belgji te instalacje w 9 więzieniach kosztowały 300.000 franków (dla 4.000 więźniów).

Domy obserwacji dla dzieci — włóczęgów.

Wiele mamy litości dla nieletnich przestępców, jednak dalecy jesteśmy od myśli uniewinnienia wszystkich. Dzieci powinny być przedmiotem specjalnej opieki i surowej represji sądowej, bo wśród nich rekrutują się przyszli przestępcy. Olbrzymia liczba nieletnich winowajców jest ofiarą okoliczności i nie powinna być karaną. Więcej jak połowa obwinionych karana jest za włóczęgostwo. Wiele dzieci zostaje na skutek brutalności, czy alkoholizmu rodziców, poprostu wyrzuconych za drzwi. Obecnie, jeżeli płaczące dziecko zostanie napotkane na drodze publicznej, a nawet jeżeli samorzutnie zgłasza się na komisarjacie policji z prośbą o wsparcie, zostaje obwinione o włóczęgostwo. Włóczęgostwo, często wiąże się z innemi przestępstwami, które są tylko jego następstwem (żebractwo, prostytucja).

Często dziewczynka, zmuszona przez rodziców do zarabiania od najmłodszych lat, umieszczona na wsi, na fermie lub w mieście jako służąca, później wyrzucona z posady, znajduje się na ulicy i staje się ofiarą erotyzmu klijentów-przechodniów lub chciwości sutenerów.

Nieludzkiem jest z punktu widzenia następstw, wysyłanie do więzienia dziewczynek, które zmuszone do włóczęgostwa, popadły w prostytucję, mniej lub bardziej wbrew swej woli. Małoletni powinni być powierzeni domowi obserwacji dla dzieci włóczęgów. W ten sposób oszczędziłoby się tym nieszczęśliwym nowego i niepotrzebnego bólu: celi więziennej.

Rezolucja:

A) Biorąc pod uwagę, że warunki materjalne ekspertyzy psychjatrycznej są takie, że jest niemożliwością:

1) kompletne badanie lekarskie obwinionego,
2) obserwacja w odpowiednim lokalu i przez odpowiedni personel,
3) badanie laboratoryjne,

B) biorąc pod uwagę, że przestępcy różnią się stanem fizycznym, umysłowym, charakterem i, że jest niezbędnem poznanie i sklasyfikowanie ich przy pomocy metod lekarsko-psychologicznych,

C) biorąc pod uwagę, że pewna liczba przestępców poniżej 18 lat została przytrzymana na przestępstwach spowodowanych okolicznościami niezależnemi od ich woli,

wzywa się rząd, aby poczynił niezbędne kroki celem:

1) utworzenia oddziałów psychjatrycznych w więzieniach prewencyjnych (gdzie podejrzani o wady psychiczne mogliby być obserwowani; lekarze tych oddziałów mają wykrywać te wady u obwinionych, w czasie ich więzienia),
2) utworzenia laboratorjów antropologji kryminalnej, gdzie kompetentni psychjatrzy ustalą akta antropologiczne wszystkich oskarżonych;
3) wprowadzenie patronażu subwencjonowania przez państwo domów obserwacji dzieci — włóczęgów, gdzie znajdą utrzymanie i naukę, jeżeli zamiar przestępstwa nie będzie dostatecznie znamiennym.

Streścił Dr. W. WINIARZ — Dziekanka.

Rosolino Colella. Influenza dell' alimentazione idrica sull' acarascimento corporeo e sulla genezi del gorzo e della disfunzioni tiroidea. Wpływ używania wody na rozrost ciała, powstawanie wola i zaburzenia czynnościowe gruczołu tarczowego. (Rivista di Patologia nervosa e mentale Marco - Aprile 1931 Vol. XXXVII — fasc. 2).

Na podstawie licznych doświadczeń, które autor dokonywał przez długie lata na rozmaitych gatunkach zwierząt, badając

wpływ wody, a zwłaszcza wody o składzie niekorzystnym, dochodzi do następujących wniosków:

1) Wole, wzrost ciała, oraz funkcjonalne zaburzenia tarczycy, stoją w ścisłym związku z używaniem pewnego rodzaju wody.
2) Przez stałe używanie takiej wody można doświadczalnie u niektórych ssaków (koty, psy) wywołać powstanie wola.
3) Stałe używanie tego rodzaju wody już od początku życia prowadzi u tych zwierząt do przerostu tarczycy i powiększenia całego organizmu, zwłaszcza w okresie wzrostu, co jednak pociąga w następstwie zmniejszenie się rozrostu cielesnego, oraz przedwczesny rozwój psychiczny.
4) U człowieka używanie powyższej wody sprowadza powiększenie tarczycy, które u ludności danej okolicy, zwłaszcza u kobiet, posiada charakter prawie endemiczny.
5) W późniejszych okresach takiego endemicznego wola, może zwykłe powiększenie tarczycy przejść po przez rozmaite zaburzenia tarczycowe (pseudo — Basedow) do typowej formy eksoftalmicznego wola, zwłaszcza przy współudziale innych jeszcze szkodliwych czynników. Wole i choroba Flajani — Basedowa stają się więc jedną chorobą, z której wole jest pierwszem, a eksoftalmus, tachycardia etc. ostatniem ogniwem długiego łańcucha zespołu objawów przerostu tarczycy.
6) Co do natury czynnej elementów wód wywołujących wole, skłania się autor, na podstawie niektórych badań i dat do przypuszczenia, że chodzi tu o specyficzne zarodki, a także toksyny bakteryjne, które działają na organizm, a specjalnie na tarczycę. Jest możliwe, że powyższe czynniki działają w ten sposób, że wchodzą w połączenie z hormonem tarczycy, lub substancjami organizmu zawierającemi jod.

Oprócz tego omawia autor jeszcze etiologję, anatomję patologiczną, symptomatologję somatyczno-psychiczną i terapję powyższych form chorobowych, oraz ilustruje swą monografję zapomocą 113 figur.

Streścił ROMAN SUŁKOWSKI — Dziekanka.

Prof. Forgue. Le Problème du cancer dans ses aspects psychiques. (Zagadnienie raka pod względem przejawów psychicznych chorego). Gazette des Hôpitaux, 1931, nr. 43.

Na wstępie autor szkicuje historję i ewolucję badań nad rakiem i stwierdza, że cały szereg momentów etjologicznych, już

przez swą mnogość, wskazuje na fakt, że nie znamy pierwotnej przyczyny powstania nowotworu. Pasorzyty, czynniki chemiczne i fizykalne, jak smoła, promienie, oparzeliny, przewlekłe podniety i t. d., są to bodźce natury drugorzędnej.

Na podstawie licznych obserwacyj, dochodzi autor do wniosku, wypowiedzianego zresztą z rezerwą, że nie można negować etjologicznego związku między ciężkiemi wzburzeniami psychicznemi a zapadalnością na raka.

Chorzy zwykle podają, że od chwili, w której zdarzyło się nieszczęście, poczuli, że są wytrąceni z równowagi; później dołączył się nowotwór.

Naturalnie nie zawsze słusznem jest wnioskowanie opierające się tylko na podstawie pewnych okoliczności. Zwykle przełomowe chwile w życiu jednostki uchodzą za przyczynę cierpień w myśl aforyzmu „post hoc, ergo propter hoc".

W niektórych przypadkach jednak przyjęcie tej ewentualności, nie jest pozbawionem racji. Tak np. bardzo ważnym jest moment powstania szoku psychicznego.

Regulatorem życia organicznego i procesów życiowych w tkankach jest system nerwowy.

Nauka o procesie odżywiania szczególną zwraca nań uwagę. Zagadnienie dziedziczności nowotworów przez system nerwowy, znajduje uzasadnienie. Anatomicznie niedostrzegalne uszkodzenia nerwów wyjaśniają zmiany funkcjonalne. W historji nowotworów dobrotliwych uderza fakt, że drogą sugestji, można wywołać wzrost brodawczaków dobrotliwych.

Stąd wniosek: silne wrażenie psychiczne może wywołać zmiany troficzne t. z. reakcje organiczne.

Wzruszenia psychiczne działają na system trofo-pigmentowy. Ten system można uważać za najwięcej wrażliwy na bodźce o charakterze szoku psychicznego. Jako przykład niechaj posłuży osiwienie włosów pod wpływem gwałtownego urazu psychicznego albo zwiększenie ilości cukru we krwi po pewnych emocjach. (Canon) i. i.

Urazy przewlekle działające mogą tak samo jak szok psychiczny wywołać zaburzeniaw komórkach i spowodować proliferację tkanki. Wrażliwość miejscowa i odporność gra tu wybitną rolę. Autor zajmuje się sprawą stanu podmiotowego chorych rakowych i zwraca uwagę na depresję cierpiących. W przeciwieństwie

do gruźlików, przeważnie optymistycznie nastawionych, chorzy rakowi nie wierzą w poprawę i szukają ukojenia w narkotykach. Zaleca się zatem troskliwą obserwację chorych, z uwagi na ich depresję psychiczną.

Dr. J. WIELAWSKI — Dziekanka.

Dr. Juljan Podwiński (Wilno) „Sylwetki alkoholików“. (Studjum psychologiczno-kliniczne, referat zgłoszony na X Zjazd Psychjatrów Polskich w Łodzi w czerwcu 1930 roku).

Autor na podstawie bogatego materjału zbadanego w przeciągu wielu lat swej pracy szpitalnej, klinicznej i kasowej podaje w 44 przypadkach charakterystykę poszczególnych alkoholików, leczonych w różnym czasie. Przypadki te dotyczą osób pochodzących z różnych sfer społeczeństwa, a mianowicie uczniów niższych, średnich i wyższych zakładów naukowych, urzędników prywatnych, samorządowych i państwowych, policji, wojska, nauczycieli, zawodów wyzwolonych, właścicieli większych przedsiębiorstw handlowych, właścicieli średniej i większej własności, subjektów i służby sklepowej i handlowej, służby biurowej i wreszcie fabrycznych robotników, rzemieślników i rolników. Przewodnią myślą autora jest zapoznanie czytelnika z sylwetkami psychologicznemi alkoholików nawykowych jako typem najczęstszym, a dla życia społecznego i zdrowia publicznego najniebezpieczniejszym. Jest to o tyle ważnem, że typ nawykowego alkoholika nie powinien być utożsamianym z powszechnie znanym i już słusznie przez szeroką opinję publiczną kwalifikowanym typem notorycznego pijaka. Chodzi o to, że ludzie skądinąd fizycznie i psychicznie pozornie zupełnie zdrowi wśród różnorakich okoliczności życiowych przyzwyczajają się niemal wszystkie swoje czynności życiowe, społeczne i nawet zawodowe łączyć z większem lub mniejszem spożyciem alkoholu. To stałe nastawienie na stany psychiczne pozostające pod wpływem działania alkoholu nawet w większych ilościach pozornie nie wykazuje żadnych wybitniejszych zaburzeń u tych osobników. W ten sposób opinja publiczna zostaje zmylona tak dalece, iż nawet nie darzy ich mianem alkoholików. Co więcej, osoby te, nazwane przez nas nawykowymi alkoholikami, umieją znakomicie maskować swoje stany psychiczne, prowokowane pod wpływem alkoholu i jedynie w ścisłem gronie najbliższej rodziny przejawiają brutalne właściwości nieopanowanego charakteru nawykowego alkoholika.

Jakkolwiek wszystkie typy alkoholików posiadają jedną wspólną cechę, wyrażoną w tak zwanym głodzie alkoholowym, to jednak poszczególni badacze różnie określają istotę alkoholizmu.

Nawykowych alkoholików napotykamy we wszystkich warstwach spyłeczeństwa. Tylko przy bliższej obserwacji psychjatrycznej dostrzegamy u nich właściwe objawy utajone dla oka laika, a więc naprzykład w sferze psychiki pewne ograniczenie poczucia zarówno etycznego, jak też estetycznego, bezwzględność i brutalność wobec najbliższego otoczenia, chorobliwe samolubstwo, podejrzliwość i wreszcie społecznie bardzo ważne, pobieżne i niedokładne załatwienie wszelkich spraw swego zawodu, wynikające ze słabości woli. Dopiero gdy nastąpią poważniejsze zmiany fizyczne w stanie zdrowia nawykowych alkoholików, zwracają oni się do lekarzy. Niestety, wielu lekarzy nie zawsze potrafi zorjentować się we właściwej przyczynie tych zmian chorobowych, na które utyskują chorzy i które mogą dotyczyć najróżnorodniejszych narządów wewnętrznych człowieka. Do pewnego stopnia zjawisko to tłumaczymy tem, że każdy nawykowy alkoholik umie znakomicie ukryć przed lekarzem swój nałóg. Jeżeli uwzględnić tę okoliczność, że t. zw. nawykowi alkoholicy zajmują nieraz odpowiedzialne i naczelne stanowiska w życiu społecznem i państwowem, wynika jasno, konieczność zwrócenia większej uwagi na ten nałóg alkoholowy. Ile energji do pracy, oraz subtelności w pomyslach i poczynaniach ginie u tego rodzaju nawykowych alkoholików, zbyteczne podkreślać. Wynika ze stwierdzenia tego faktu cała doniosłość i konieczność bliższego uświadamiania o niebezpieczeństwach nawykowych alkoholików najszerszych warstw społeczeństwa.

Oprócz określania poszczególnych sylwetek psychologicznych wymienionych typów alkoholików, autor podaje szczegółowo rodzaj stosowanego leczenia w każdym poszczególnym przypadku, oraz wyniki użytych w tym celu i ściśle indywidualizowanych środków leczniczych.

Na zasadzie swych spostrzeżeń i w wyniku badań autor suggeruje następujące wnioski dotyczące zagadnienia nawykowego alkoholizmu:

1) Alkoholizm może występować we wszystkich sferach społeczeństwa niezależnie od konstytucji osobnika i w każdym okresie jego życia.

2) W etjologji należy szczególnie podkreślić wpływ warunków zewnętrznych otoczenia i środowiska, a mianowicie zły przykład w domu, zwyczaje pijackie z okazji świąt i uroczystości rodzinnych i społecznych, złe warunki mieszkaniowe, ciężka praca, niestosowne i nieregularne odżywianie się oraz momenty usposabiające zawodowe (kelnerzy, restauratorzy i t. p.)

3) Wśród tak licznych w naszem społeczeństwie nawykowych alkoholików dają się w pewnym odsetku, mniej więcej u jednej piątej części, stwierdzić wybitniejsze objawy oligophrenji, zwyrodnienia psychoneuropatyczne, oraz napady drgawkowo-epileptyczne mimo iż nie u wszystkich osób tej grupy można było stwierdzić jakiekolwiek obciążenie dziedziczne-neuropatyczne lub też alkoholowe.

Autoreferat.

Dr. L. Zamenhof „Dzieje Medycyny“ (Od Hippokratesa do okresu nowoczesnego. — Nakł. autora w Warsz. 1930 r. 150 stron, cena 5 zł).

Ja mam w tem miejscu wiele do przemilczenia — i dla tego postaram się, w miarę możliwości, załatwić się z tem miłem dziełkiem, zabarwionem dość gustownie odpowiednim doborem anegdot i aforyzmów i zawierającem krótki rys krytyczny dziejów medycyny, krótko i węzłowato. Tak, jakby się miało odbyć według zalecanki „rozerwalnej nierozerwalności“ Boy-Żeleńskiego (w jego „Dziewicach Konsystorskich“). — Mówmy jak swój do swego, przymróżywszy lewe oko: — kogo wy chcecie tumanić? Co to znaczy „anegdoty z mętnego źródła“? Czy my jesteśmy ślepi? Czy nie widzimy, co się dzieje naokoło? Bądźmy pewni, że bluźnierstwa dzisiejsze stać się będą mogły jutro komunałami. Tylko levia ingenia quia nihil habent—nihil sibi detrahunt... Facile creditur, quod desideratur... i jak słusznie przytacza Ad. Mickiewicz: nie można inaczej zrozumieć przeszłości, jak rozpatrując się pilnie w teraźniejszości „On mi się nie podoba“. — Dlaczego? — „Gdyż mu nie dorównywam“. — Odpowiedziałże kto tak kiedy? — zapytuje Nietzsche. A doskonale wiedząc, że „przed skutkiem wierzy się w inne przyczyny, jak po skutku“ i że kiedy człowiek rży od śmiechu — przechodzi wszystkie zwierzęta swoją gminnością, pyta dalej: W co wierzysz? — W to, że wagi wszystkich rzeczy na nowo trzeba oznaczyć, —Czem-

że są ostatecznie prawdy ludzkie? Są to niedające się zbić błędy ludzkie.

I może właśnie dlatego autor omawianego dziełka uznał dla się za pożądane do starożytnej wskazówki: non scholae, sed vitae discimus, doczepić sytuacyjne słówko: ridendo i obrać je sobie za motto, spostrzegając trafnie, iż „jest to nasza specjalność—ten polski *ton szacunku, który nie szanuje*—nie ma czem! Biegun przeciwległy życiu, bez sugestyj à la Tołstoj... Ile kłamstw sprzysięgło się dziś na myśl polską.. powinniśmy nauczyć się odnajdywania osobistości poza przedmiotowemi nieosobistymi sposobami wypowiadania" (Stan. Mrzozowski)— w myśl nawoływania prof. Ludw. Krzywickiego: miej odwagę wziąć rozbrat z obawą przed wyrazami, temi symbolami kajdanami!.. Jak poucza Fr. Nietzsche: — przyczyna i skutek są otoczone odmiennemi grupami uczuć i myśli... żadna potęga nie może się ostać, jeżeli reprezentują ją tylko sami obłudnicy... Powoli w poznawaniu mniemają, że powolność właściwa jest poznaniu... Trzeba się urodzić do swego lekarza — inaczej ginie się przez swego lekarza—. I w takiej to perspektywie fluktuacji życiowej, stanowiącej pewien rodzaj drżenia, ograniczonego względną płaszczyzną, dobrze jest zastrzec się wspominkiem Cornelius'a Celsius'a: „Nie można sztuce lekarskiej przypisać winy, jaka spada na jej wykonawców". I dobrze uczynił Szan. Autor, że do dziełka swego nie dopuścił zbytnio ludzi o szarej powszedniości. Bo od tej rozpanoszonej mafji przeciętności aż cierpnie w ustach. I trafnie też obrał odpowiednią drogę — w rachubie, że będzie mogła odegrać „rolę stomachicum do straw poważniejszych" — do tego przedsionka, z którego „przez humor i śmiech danego narodu poznajemy najlepiej... jego cierpienia i jego ducha" (Fogazzaro).— Warto zapamiętać, że niektóry wytworny śmiech sprzymierzał się z mądrością. Pewnego razu jeden z pjanistów, będąc zapytany, jak się mu spodobało wykonanie „minutowego" walca Fr. Chopina, odrzekł: o, pani! ten „minutowy walc to był najpiękniejszy „*kwadransik*" w mojem życiu!.. Nie bez sensu notuje J. G. Huneker, że „piętnaście walców Chopina ilustruje znakomicie Fr. Nietzsche'go — La Gaya Scienza —. Samo li tylko chełpienie się z posiadania płaszcza lekarskiego do niczego wartościowego nie doprowadza, zwłaszcza po tem jak już zostało opublikowane, że już w świecie zwierzęcem

spotykamy pewne zabiegi, mające znaczenie lecznicze. W wielu naprz. francuskich zdrojowiskach siarczanych utrzymuje się podanie, że takie a takie źródło — zanim ludzie zaczęli go używać — dawno było znane zwierzętom, które korzystały zeń w dolegliwościach skórnych. W ten sposób jedne zdrojowiska chwalą się, że je odkrył dotknięty parchami koń, inne, że to uczynił chory osieł i t. d. i t. p. (Spojrz do podręcznika prof. Wł. Szumowskiego „Historja medycyny").— A i z wygórowanem domniemaniem postępu fachowego dzieje się nie lepiej. Wciąż częściej i natarczywiej podnoszą się głosy, że tandeta wkrada się szalbierczo i do szlachetniejszych dziedzin czynności i powołania lekarskiego. Rozmach popędów stręczycielskich przybiera południowe rozmiary, zyskując pomoc metod, zdala od właściwej wiedzy stojących i poparcia ze strony czynników najmniej ku temu powołanych. „ Wiele sprytu, sporo tupetu i gruntowna znajomość „medycyny handlowej"— oto środki, prowadzące w szybkim tempie do opanowania „rynku" lekarskiego, do zdobycia nawet tytułu „powagi" w świecie, który vult decipi... Wydaje im się na skutek coraz większej „praktyki", że faktycznie nabierają wiedzy, gdy istotnie tracą oni te jej początki... Tandeta lekarska znajduje często ochronę w ustawach... Kryje się bezpiecznie pod opiekuńcze skrzydła wpływowych zwierzchników, korzysta z protekcji, lub obojętności tych, którzy na straży dobra publ. stać powinni".-. Oto są wymowne wyciągi ze stołecznej pracy zawodowej. Do tego wszystkiego dołączają się jeszcze wpływy ujemne t. zw. „maszynowej cywilizacji" jak świetnie komentuje neurolog *Stanisław Władyczko* (w swych uwagach w sprawie neurastenizacji), w zanadrzu swem utrzymującej nast. sytuację: „Ciała ustawodawcze funkcjonować mogą tylko z pomocą kompromisów między stronnictwami, kompromisów zawieranych często nie na zasadzie sprawiedliwości, ale wzajemnych interesów z pokrzywdzeniem innych; stają się one nieraz widownią frymarki, przekupstwa, defraudacji, stają się widownią przykrych zajść" i t. p. Nie odosobnionemi więc były również przydatne wskazówki Szan. Kolegi L Zamenhofa w Warsz. Czasop. Lek. swego czasu, opiewające, że: płytkość, bezideowość, niewybredność — oto hasła, pod któremi występuje cała t. zw. inteligencja współczesna. „Bankructwo ducha w obronie swojej wystawiło nowe hasło: — medycyny, jako czystej wiedzy.

Wartość lekarzy mierzymy liczbą ogłoszonych przez nich prac zapominając zupełnie o tem, że powołanie lekarza... przedewszystkiem opiera sią na jego stosunku do społeczenstwa"... Oczywiście, wszelkiego rodzaju zdanie życiowe, ustawione, jak jakieś martwe „naczynie dziwnego nabożeństwa" na podium, by ich kolana miały nabożeństwa czynić, sprawia najwyżej tylko to, że: — „c'est la science sans conscience c'est la ruine de l'âme"... I z tego powodu trafne też były jego przewidywania: „Jest zupełnym anachronizmem stosowanie dziś starych, nieumiejętnie łatanych sieci kodeksów etycznych zbudowanych tak, że wielkie ryby łatwo je omijają a ofiarami padają tylko bezsilne i niezaradne płotki. Z obawą od wielu lat trzymaną mocno na uwięzi myśl — dziś wypowiadam, bowiem lękam się, że może przebrzmieć bez echa, a wówczas pierzchną nawet złudzenia — i rzeczywistość obnaży swe beznadziejne cyniczne oblicze"... I tej to obawie stało się zadość — wypadło mu się uciec do „Dziejów medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach". . Jednak wobec tego, czuję, że się przyda pewne drobne oświadczenie:—nie obawiajcie się aforyzmów! Do anegdotek, to się ludzie przyzwyczaili. Pominąwszy kunszt stylistyczny pointy, *aforyzmy* jako takie stanowią nadewszystko najcharakterystyczniejszą rdzeń zagadnienia. Zaś charakter — to sposób ujawniania się osobnika zarówno w dziedzinie intelektualnej, jak i emocjonalnej... *emocjonalność jest podstawą charakteru.* A właśnie na tej podstawie też „najwyższą sztuką jest Heroizm". (C. Norwid). I dlatego aforyzmy są odźwierciadleniem cywilnej (w pojęciu starożytnem, czyli posiadającej: „virtus" — bohaterską dzielność przy jednoczesnej dobroci i mocy duchowej) odwagi i były zdawna skutecznym sposobem przemawiania, pobudzającym o wiele mocniej do zastanowienia się, aniżeli długie wywody. Jak wyjaśnia P. Mantegazza: aby utworzyć aforyzm... potrzeba obciąć wiele rzeczy, zaokrąglić wiele krawędzi. Prawda zaś nie jest ani czworoboczną, ani też okrągłą. Nie traćmy ze świadomości, że właśnie w aforyzmach tytaniczny umysł Fr. Nietzschego zdobył sobie chyba po wszystkie czasy powszechnie uznaną palmę mistrzostwa w świecie naukowym, jak wykładał prof. Uniw. w Halle Dr. Jan Vaihinger. I tak mi się zdaje, że najbardziej tylko tej emocjanalnej „formie" czyli aforystycznemu sposobowi wypadnie zawdzięczać, o ile

umożliwi się, sentencjonalnie wypowiedziana dążność „cofnięcia się do najbardziej odległego czasu naszej nauki — do czasów Hippokratesa i jego szkoły".— „Do odrodzenia są potrzebne nie tylko hasła, lle gruntowna zmiana warunków, wśród których dziś nauka nasza z mozołem toruje sobie drogę naprzód. Warunki te są następujące: *uniezależnienie medycyny*.. czyli nadanie jej warunków takich, w jakich znajduje się każda inna niezależna nauka; *odrodzenie duchowe zawodu lekarskiego*, czyli rozkrępowanie uwięzionej dziś umysłowości lekarskiej i nadanie jej szerszego światopoglądu"... jak na to wskazał w pracy, rozpatrzonej w zesz. I-II „Nowin Psychjatr." 1929 r. „Sofokles i jego twórczość tragiczna". *Prof. Tadeusz Zieliński*, zasługę niespożytą którego w Europie tak pięknem oceniono zdaniem, że: „najcenniejszą rewindykacją traktatu ryskiego jest osoba prof. Tad. Zielińskiego.

Dr. WITOLD HALICKI — ŚWIECIE.

SRAWOZDANIE Z ZAKŁ. PSYCHJ. W POLSCE.

Zakład Psychjatryczny w Tworkach.

Sprawozdanie za rok 1930.

Zestawił Dyrektor Dr. med. WITOLD ŁUNIEWSKI.

Zespół lekarski posiadał w dniu 31. 12. 30 skład następujący: 1 dyrektor, 4 prymarjuszów, 1 prosektor, 1 ordynarjusz oraz 5 asystentów — ogółem 12 stałych sił lekarskich.

Personel Zakładu stały i wyłączny obejmował z końcem roku sprawozdawczego (łącznie z lekarzami) 304 osoby; pozatem ubocznie zatrudniał Zakład 7 osób.

Lekarze odwiedzali swoje oddziały z reguły dwa razy dziennie. Na konferencjach, które odbywały się 4 razy tygodniowo, demonstrowano ciekawsze przypadki kliniczne, oraz wszystkie przypadki sądowo - psychjatryczne, a ponadto omawiano różne sprawy administracyjne.

Obszerniej umotywowanych opinij sądowo-psychjatrycznych w sprawach poczytalności wydano w ciągu roku sprawozdawczego 31. Autopsyj zwłok dokonano w 30 przypadkach śmierci. Podręczna pracownia lekarska została przekształcona na pracownię anatomopatologiczną, w celu wyzyskania bogatego materjału sekcyjnego, który dotąd przeważnie ginął nieopracowany.

Bibljoteka lekarska liczyła z końcem roku 1930 852 numerów katalogowych. Zakład prenumerował w ciągu roku 20 czasopism naukowych. Koszt nabytych książek i pism wynosił w roku sprawozdawczym 4295,55 zł.

Lekarze Szpitala ogłosili w druku cały szereg prac oryginalnych oraz wygłaszali odczyty, połączone z pokazami, w Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem, Oddział Warszawski.

Na kursy pielęgniarskie, które prowadziło 3 lekarzy, uczęszczało ogółem 117 osób, a do egzaminu przystąpiły 74 osoby. Wynik egzaminu był następujący: b. dobry — 5, dobry — 15, dostateczny — 24, słaby — 6, niedostateczny — 23, zły 1 osoba.

Personel pielęgniarski obejmował (obok 12 sił pielęgniarskich wyższych) ogółem 146 osób. Stosunek ilościowo personelu pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się zatem (w dniu 31. 12. 30)

jak 1 : 6,9. Ogólny stosunek ilościowy personelu Szpitala (łącznie z personelem lekarskim, administracyjnym, biurowym, technicznym, gospodarczym, oraz pobocznym) przedstawia się jak 1 : 3,25 (311 na 1.012 chorych).

Z powodu choroby personelu pielęgniarskiego w roku sprawozdawczym zanotowano 1751 dni bezczynnych.

Apteka zakładowa przygotowała w ciągu roku 1930 na potrzeby oddziałów 25.346 recept oraz załatwiła 296 recept dla pracowników mianowanych. Pomocy dentystycznej udzielono w 565 przypadkach.

Ruch chorych.

	m.	k.	razem
Pozostało z roku 1929 . .	496	476	972
przyjęto w ciągu r. 1930 .	308	271	579
razem leczono w ciągu r. 1930	804	747	1551
wypisano „ „	258	207	465
zmarło „ „	42	32	74
pozostało na r. 1931 . .	504	508	1012

Wyniki pobytu chorych w szpitalu przedstawiają się w stosunku do ogólnej liczby leczonych w r. 1930, jak następuje: wyniki dodatnie — 19,41 proc., obojętne — u 10,57 proc., zmarło — 4,77 proc.

Chorzy, przyjęci do Szpitala w ciągu r. 1930, pochodzili przeważnie z m. Warszawy (74 osoby), z województwa warszawskiego (116), lubelskiego (95), kieleckiego (87), białostockiego (56), poleskiego (39), oraz wołyńskiego (55).

Podług *wyznania* było wśród chorych przybyłych w ciągu r. 1930: rz.-katolików 389 osób, izraelitów 100, prawosławnych 70, innych wyznań 20 osób; *podług wykształcenia* zaś — analfabeci stanowili 20,21 proc., wykształcenie średnie posiadało 16,75 proc. wyższe — 1,56 proc. ogółu chorych przyjętych w roku sprawozdawczym.

Kawalerowie i panny stanowili 51,98 proc., żonaci i mężatki 41,28 proc. ogółu przybyłych w r. 1930. Z zajęć zawodowych reprezentowane były najlicznej: u mężczyzn — drobni rolnicy (27,6 proc.), rzemieślnicy (15 proc.), najemnicy (19,15 proc), zawody wyzwolone (8,43 proc.) i urzędnicy prywatni i publiczni (7,78 proc.); u kobiet zaś samodzielnie zawodowo czynnych — najemnice (27,72 proc.), drobne rolnictwo (19.80 proc.), urzędniczki prywatne i publiczne (8,91 proc.), bez określonego zajęcia (8,91 proc.),

zawody wyzwolone (7,92 proc.); u kobiet bez zawodu (zawód męża wzgl. rodziców) — drobne rolnictwo (27,07 proc.), rzemiosło samodzielne (15,89 proc.), najemnicy (14,12 proc), zawody wyzwolone (10,59 proc.), urzędnicy prywatni i publiczni (7,06 proc.).

Podług rozpoznania przypadało m. in (na ogólną liczbę przybyłych w ciągu roku sprawozdawczego 579 osób): na schizofrenję 320, na p. p. i inne psychozy pochodzenia kiłowego 54, na psychozę m.-depr. 53 osoby.

Przeciętnie na 1 chorego przypadało 235,15 dni zakładowych. Zwolniono: jako zdrowych 13 + 5 osób, z poprawą 157 + 126, bez poprawy 88 + 76 osób.

Wśród bezpośrednich przyczyn zejść śmiertelnych zajmują pierwsze miejsca: gruźlica (19 osób), napad poraźny (11), uwiąd poraźny (6), posocznica i ropnica (5). Co do rozpoznania psychjatrycznego za życia zmarli zaliczają się m. in. do: rozszczepienia psychicznego 25, porażenia postępującego 22, psychozy na tle miażdż. i przemian wstecznych w wieku podeszłym 10.

W wyniku badań podsądnych, o których wydane zostały opinje, uznano 11 osób (10 m. + 1 k) za poczytalne, a 8 badanym przyznano poczytalność zmniejszoną z zachowaniem odpowiedzialności.

Kąpiele lecznicze stosowano w 6376 przypadkach, koce — 1292, leżenie metodyczne — u 4.150 chorych (ogółem 78.431 dni leżenia), odosobnienie — u 354 osób (ogółem dni 541), immobolizację — w 335 przypadkach (ogółem 2.685 dni). Hyoscynę stosowano w 306, leki nasenne — w 1.506 przypadkach.

Chorych młodocianych leczyło się w dniu 31. 12. 30. 18 osób (10 chł. + 8 dz.).

Chorzy zatrudnieni byli w warsztatach, w kuchni, piekarni, pralni, elektrowni, w magazynach, w domach prywatnych, w kancelarji i w pawilonach i ogrodach. Liczba dni pracy chorych stanowi ogółem 26,5 proc, ogólnej liczby dni szpitalnych.

W Domu Rozrywkowym, oddanym do użytku na początku roku sprawozdawczego, odbyło się w ciągu roku 1930 ogółem 46 zabaw tanecznych dla chorych i dla personelu pielęgniarskiego, przedstawień amatorskich, obchodów, rocznic i odczytów. Szpital posiada kręgielnię i boisko, z których chorzy chętnie korzystają. Zainstalowano radjową centralkę odbiorczą, ustalając na oddziałach 12 głośników.

W gmachu Domu Rozrywkowego mieści się ognisko pielęgniarek, zajmujące 11 pokoi mieszkalnych, oraz salę jadalną.

Bibljoteka chorych i personelu liczyła z końcem roku sprawozdawczego 3212 numerów katalogowych.

Na leczeniu w zakładach pomorskich i poznańskich znajdowało się w dniu 31. 12. 30 — na rachunek Szpitala — ogółem 522 osoby.

Z powodu braku miejsca odmówiono przyjęcia do Szpitala 247 zgłaszających się chorych; w tem było 117 przypadków bardzo ciężkich.

Ucieczek chorych było w roku sprawozdawczym 48, w tej liczbie 13 chorych sądownie internowanych, z których 4 nie wróciło.

W roku sprawozdawczym wydano na cele inwestycyjne i konserwacyjne ogółem 372.149,71 zł.

SPRAWOZDANIE RACHUNKOWE.

A. Dochody.

Dotacje z funduszów państw., samorządowych i społeczn.	891.954,81 zł
opłaty za utrzymanie chorych	1.516 692,72 „
dochody z majątku i gospodarstwa własnego . .	104.978 89 „
pozostałe dochody	28.513,04 „
ogółem	2.542.139,46 zł

B. Wydatki.

Wszelkie wydatki osobowe	717.617,44 zł
żywienie chorych	426.091,03 „
komorne, opał, światło, woda, konserwacja budynków i inn.	206.438,81 „
zakup bielizny, pościeli, obuwia, odzieży i inn. .	130.544,83 „
leki, narzędzia chirurgiczne, zakup książek i inne .	30.413,65 „
inne	37.552,77 „
wydatki na gospodarkę, utrzym. folwarku i ogrodu .	61.091,71 „
wydatki inwestycyjne	312 266,72 „
utrzymanie chorych w innych zakładach . .	620.122,50 „
ogółem	2.542.139,46 zł

Przeciętny koszt dzienny jednego dnia zakładowego w okresie czasu od 1. 4. 30 do 31. 3. 31 wynosił (łącznie z kosztami inwestycyj budowlanych) 5,08 zł.

Taksa szpitalna wynosiła w ciągu roku: w klasie I-ej — 11.— zł. w klasie II-ej 8.— zł, w kl. III-ej 5.— zł.

Streścił: BR. MAKOWSKI — Dziekanka.

NADESŁANE.

O trzeźwość narodu!

Trzeźwość wzmoże pracę, oszczędność siłę podatkową ogółu; trzeźwość wskrzesi energję narodu i wiarę we własne siły, trzeźwość przywróci nam zgodę w kraju i zaufanie zagranicą. O trzeźwość toczy się walka nieubłagana w Ameryce, Skandynawji, Niemczech i innych krajach. W Polsce walka o trzeźwość narodu znajduje także coraz więcej zwolenników. Organizuje się duchowieństwo, nauczycielstwo, młodzież akademicka i lud prosty. Społeczeństwo ocenia coraz lepiej doniosłość tej walki dla moralnego i gospodarczego odrodzenia narodu. — Składnica Abstynencka w Poznaniu służy literaturą i wszelkiemi informacjami. Jej poczynania i plany krępuje atoli brak dostatecznych funduszów. Rodacy! na ten dział oświaty praktycznej muszą znaleźć się fundusze. Złóżmy należny czynsz na pracę, która dla pomyślności ojczyzny naszej może mieć większe znaczenie niż przypuszczamy. W obecnem współzawodnictwie narodów zwyciężą niewątpliwie tylko narody trzeźwe! Coraz lepiej rozumiemy, że wartość moralna narodu zadecyduje o przyszłości państwa naszego, iż zagranica będzie nas poważać i uważać państwo nasze za mocarstwo prawdziwe, gdy w niem mieszkać, żyć i pracować będzie naród zdrowy, energiczny, pracowity, oszczędny, moralny i zgodny. Ku temu zaś niezbędnym warunkiem jest trzeźwość. Tymczasem skoro się zważy, że mimo przykrego położenia naszego gospodarczego nie brak ludzi hołdujących zgubnemu nałogowi pijaństwa, cóż dopiero będzie, gdy wrócą normalne czasy? A zatem, zawczasu, walczmy o zapewnienie trzeźwości narodowi naszemu, nie żałujmy grosza na dążenie tych, którzy walkę z największym naszym wrogiem wewnętrznym wzięli sobie za zadanie życia. Na taki cel niewątpliwie złoży hojny datek bardzo wielu nawet z pośród tych, którzy na inne cele nie tak skorzy są do ofiarności.

Dzięki pomyślnym okolicznościom, a zwłaszcza dzięki temu, że obaj nasi Księża Kardynałowie tj. śp. ks. Arcybiskup Dalbor i obecny Prymas Polski J. E. Ks. Kardynał Hlond, zwolnili jednego

z księży z pracy duszpasterskiej w celu oddania się całkowitego akcji przeciwalkoholowej. Poznań i Zachodnia Polska jest w tem szczęśliwem położeniu, że w Składnicy Abstynenckiej znajduje zwolennik trzeźwości radę i pomoc, gdy chodzi o ratowanie alkoholika albo gdy chodzi o zorganizowanie akcji zapobiegawczej. Tamże znajduje się bowiem wielki wybór broszur, książek, ulotek, obrazów, bogato zaopatrzona wypożyczalnia przezroczy i książek naukowych, tam można znaleść eksponaty wędrownej wystawy przeciwalkoholowej, która już tyle dobrego uczyniła zwłaszcza dla młodzieży szkolnej. Tam wychodzi co kwartał ilustrowane pisemko dla ludu „Przyjaciel Trzeźwości" (abonament roczny 75 gr), tam też co miesiąc wychodzi pismo dla inteligencji p. t. „Świt". Tam od niedawna mieści się biuro Związku Akademików Abstynentów, Centrala Młodzieży Abstynenckiej i Poradnia Przeciwalkoholowa. Tam mieszczą się sekretarjaty generalne Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej, Katolickiego Związku Abstynentów, Polskiego Związku Księży Abstynentów, Związku Nauczycieli Abstynentów i Związku Bractw Wstrzemięźliwości. Działalność centrali jest poważnie skrępowana brakiem funduszów. Nie tracimy nadziei, że znajdą się ludzie szlachetni, doceniający wielką potrzebę trzeźwości narodu, którzy chętnie na cel powyższy nadeślą ofiarę, na jaką ich stać, wprost do Składnicy Abstynenckiej w Poznaniu (Aleje Marcinkowskiego 26, P. K. O. 200.424). Każdy datek będzie jej teraz szczególnie cenny. Z ofiar zebranych kwituje „Świt" o którym wyżej była mowa.

Zadanie pewnego generała, że do prowadzenia wojny potrzeba pieniędzy, pieniędzy i jeszcze raz pieniędzy — można stosować nietylko do wojny zbrojnej, z wrogiem zewnętrznym narodu, lecz niemniej słusznie także do wojny z wrogiem naszym wewnętrznym, a za takiego niewątpliwie uznać musimy nowoczesny alkoholizm. Kto ma oczy ku widzeniu, czyta stosowne dzieła i zastanawia się nad olbrzymiemi stratami, jakie rokrocznie naród nasz ponosi dzięki temu, że nie jest trzeźwy, że raczej hołduje coraz otwarciej alkoholowej narkozie, ten przyzna, że nam w obliczu przebiegłych poczynań wrogów, potrzeba koniecznie trzeźwości i że na walkę o trzeźwość narodu nie podobna nam skąpić grosza.

Jak dalece przenika społeczeństwo nasze powaga chwili i świadomość potrzeby trzeźwości, tego chlubnem świadectwem będą niewątpliwie hojne datki, jakie obywatelstwo nasze złoży na konto P. K. O. 200.424 Składnicy Abstynenckiej, z dopiskiem

do dyspozycji Centralnego Wydziału Wykonawczego Tygodnia Propagandy Trzeźwości.

Obowiązek jest tylko jeden: składka kwartalna wynosząca najmniej 10 zł. płatna na początku kwartału. Prawo przysługujące każdemu członkowi polega na tem, że bezpłatnie otrzymuje miesięcznik „Świt", kwartalnik „Przyjaciel Trzeźwości" oraz każde nowe wydawnictwo związków opierających swą działalność o Składnicę Abstynencką. Jeżeli zaś ktoś już jest członkiem jednego z tych związków, natenczas wolny jest od opłaty członkowskiej przypadającej na centralę. Kogo stać na powyższe zobowiązanie, ten przyczynia się do stworzenia podstaw finansowych centrali, a przez to najpraktyczniej popiera ruch przeciwalkoholowy.

Od czego zależy twórczość narodu?

Różne można słyszeć poglądy na powyższy temat. Na pierwszy rzut oka wydają się mieć słuszność tacy, którzy twierdzą, że wystarczy pozamykać knajpy jakiejkolwiek nazwy; inni sądzą, że jedyny ratunek polega w prohibicji t. zn. w zakazie sprzedawania, a co jeszcze ważniejsze, w zakazie fabrykowania napojów alkoholowych. Bywają znowu inni, którzy zaprzeczają celowości i wartości jakichkolwiek ograniczeń i zakazów i wierzą niezłomnie w to, że trzeźwość zapanuje, skoro szkoła pouczy należycie młode pokolenie o szkodliwości alkoholu. Inni zachwalają gospody bezalkoholowe i napoje zastępcze, sport i wycieczki, kasy oszczędnościowe i czytelnie ludowe jako niezawodne lekarstwo na obecne groźne stosunki. Skoro się bowiem zważy, że nawet obecnie, mimo biedy, miasta i miasteczka nasze dość licznych dostarczają nam dowodów istnienia pijaństwa, jakże będzie w czasach pomyślniejszych? Trzeba nam zatem zawczasu uświadomić sobie co prowadzi do celu pożądanego. Otóż podobnie jak na każdej wojnie walczy się różnoraką bronią i metodą, tak i w walce z alkoholizmem trzeba umiejętnie i roztropnie używać wszystkich wyżej już wymienionych. Niema oczywiście jednego lekarstwa na chorobę społeczną tak zastarzałą i zrośniętą z błędnemi poglądami, fatalnemi zwyczajami towarzyskiemi i urządzeniami życia publicznego. To pewne atoli, że walka jest trudną, i że wobec tego tem konieczniej powinni się łączyć w organizacje ci, którzy chcą ze skutkiem walkę staczać. Jak pojedyńczy szeregowiec nie wygrywa bitwy, tylko armja dzielna z dowództwem należytem, podobnie w walce z alkoholizmem nie można nawet marzyć o zwycięstwie bez organizacyj silnych, licznych i żywotnych.

Komu czas na osobistą współpracę nie pozwala, temu dana jest możność należenia do Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej z składką niewielką 5 zł. rocznie: kto zaś ma zamiar czynny wziąć udział w walce, dla tego istnieją: Katolicki Związek Abstynentów, Związek Nauczycieli Abstynentów i Polski Związek Księży Abstynentów. Po bliższe szczegóły należy się zwracać do Składnicy Abstynenckiej w Poznaniu, Aleje Marcinkowskiego 26.

Jak przedstawia się w Polsce ruch przeciwalkoholowy pod względem organizacyjnym, propagandowym i ustawodawczym? Możemy się podzielić z Szan. Czytelnikami następującemi informacjami:

I. *Pod względem informacyjnym* odróżniać należy 5 ośrodków centralnych: Poznań, Warszawę, Lwów, Kraków i Kotowice.

1. Poznań jest siedzibą władz centralnych: Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej (istnieje od r. 1922), Katolickiego Związku Abstynentów (od r. 1905), Związku Bractw Wstrzemięźliwości (od r. 1926), Centrali Młodzieży Abstynenckiej (od r. 1926), Polskiego Związku Księży Abstynentów (od r. 1902), Związku Nauczycieli Abstynentów (od r. 1925) i Filareckiego Związku Elsów (od r. 1902).

a) *Polska Liga Przeciwalkoholowa* organizuje tegoroczny Tydzień Propapandy Trzeźwości, urządza pozatem doroczny Sejmik przeciwalkoholowy ze zjazdami delegatów związków opierających swą działalność o centralę w Poznaniu, troszczy się o przestrzeganie i obronę ustawy przeciwalkoholowej, zajmuje się ratowaniem alkoholików.

b) *Centrala Katolickiego Związku Abstynentów* posiada bogato zaopatrzoną bibljotekę naukową, wypożyczalnię przezroczy, wystawę wędrowną przeciwalkoholową oraz t. zw. Składnicę Abstynencką tj. sklep materjałów propagandowych, broszur, obrazów, tabel i t. p.

c) *Związek Bractw Wstrzemięźliwości* archidiecezji gnieźnieńskiej i poznańskiej jednoczy mniejwięcej 2000 członków, w tem 3000 całkowitych abstynentów przeważnie z pośród dziatwy szkolnej i młodzieży pozaszkolnej.

d) *Z usług Centrali Młodzieży Abstynenckiej* korzysta około 4000 młodych abstynentów z sekcji kół młodzieży szkolnej i pozaszkolnej. Przy Centrali zawiązał się ostatnio Naczelny Komitet Trzeźwości Młodzieży Katolickiej, kartel porozumiewawczy najpoważniejszych organizacyj młodzieży.

e) *Polski Związek Księży Abstynentów* jednoczy 10 kół diecezjalnych i 16 kół kleryków.

f) *Związek Nauczycieli Abstynentów* zaprasza do swego grona wszystkich nauczycieli chrześcijan gotowych do pracy abstynenckiej na podstawie przykładu własnego.

Wspólny adres wymienionych związków jest Aleje Marcinkowskiego 26.

g) *Filarecki Związek Elsów* wymaga abstynencji: od nikotyny, kart i alkoholu oraz życia opartego o pogłębioną ideologję katolicką.

2. Warszawa. W stolicy państwa mają siedzibę władze naczelne *Polskiego Tow. walki z alkoholizmem „Trzeźwość"* (Żórawia 21 m 28) *Związek Harcerstwa Polskiego* (Al. Ujazdowska 37 m. 12) i *Związku Lekarzy Abstynentów* (w stadjum organizacji). Ostatnie sprawozdanie ZHP wykazuje 57000 członków.

3. Lwów. jest siedzibą sekretarjatu *Abstynenckiej Ligi Kolejarzy* oraz ruchliwego koła Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej.

4. Kraków. ma od roku 1924 *Centralę Abstynencką Kól Młodzieży*, która otacza swą opieką około 10000 członków kół młodzieży szkolnej i pozaszkolnej.

5. Katowice. mają sekretarjat diecezjalny (Damrota 8), w którym koncentruje się praca okręgu śląskiego Katolickich Kół Abstynentów, Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej, Koła Księży Abstynentów i Koła Nauczycieli Abstynentów oraz poradni przeciwalkoholowej.

II. Pod względem propagandwym dostarczają centrale wyżej podane pomocy w postaci prelegentów, przezroczy, wystawy wędrownej Poznań, Warszawa i Katowice, wypożyczalni książek naukowych, wydawnictw broszur i ulotek propagandowych. Ponadto wychodzi kilka czasopism: w Poznaniu Świt (dla inteligencji), Przyjaciel Trzeźwości (dla ludu), Myśl Filarecka, w Warszawie „Trzeźwość", Harcmistrz i Harcerz, w Krakowie Młodzież Abstynencka, we Lwowie „Skaut".

III. Pod względem ustawodawczym. Od 23. 4. 1920 r. obowiązuje ustawa przeciw-alkoholowa, obostrzona jeszcze w r. 1922. Niestety zakaz niedzielny mimo protestów i zabiegów organizacyj wspomnianych jest lekceważony nie bez winy liberalnej postawy władz policyjnych. Jeszcze fatalniej przedstawia się sprawa zakazu wyszynku i sprzedaży jakichkolwiek

napojów alkoholowych młodzieży poniżej lat 21 — prawa, którego nam zazdrości zagranica... Redukcji nie wykonano w Polsce Zachodniej. Jedynie prawo o głosowaniu gminnem znalazło zwolenników w Pruszkowie i innych gminach wiejskich, które w ten sposób uwolniły się od ciągłej okazji i pokusy do picia, która tyle ofiar pochłania we wszystkich warstwach społecznych. Akcja plebiscytowa jest odruchem samorzutnym, nie wywoływanym przez wspomniane wyżej organizacje i świadczy najlepiej o tem, że zdrowy odłam społeczeństwa zdaje sobie coraz lepiej sprawę z tej prawdy, że: przyszłość należy do narodów trzeźwych.

* * *

Przyjaciel Trzeźwości, kwartalnik dla szerzenia wstrzemięźliwości między ludem, zawiera w pierwszym numerze tegorocznym m. in. słowo powitalne nowego redaktora ks. prob. Janiszewskiego, odezwę Tygodnia Propagandy Trzeźwości, zdania ostatnich Papieżów o abstynencji, artykuł o toastach, opis pięknych zwyczajów towarzyskich w Rumunji i Bułgarji, przypomnienia świetlanej postaci ks. Bron. Markiewicza z Miejsca Piastowego, — Przedpłata wynosi zaledwie 75 gr. rocznie. Zamówienia należy skierować pod adresem Składnicy Abstynenckiej w Poznaniu, Aleje Marcinkowskiego 26.

Świt, miesięcznik poświęcony walce z alkoholizmem podaje w numerze styczniowym m. in. następujące artykuły: odezwę Tygodnia Propagandy Trzeźwości z licznemi podpisami i wskazaniami, orędzie Prymasa Polski w sprawie akcji katolickiej sprawozdanie z kongresu w Wilnie artykuł dr. Posadzego o dr. Tarnawskim, wykład ks. Kowalczyka o krzewieniu abstynencji wśród młodzieży pozaszkolnej, artykuł ks. Krawczyka p. t. Przedkarczmie, cenne informacje w sprawie zagrożonej ustawy przeciwalkoholowej, pomyślne wieści z ruchu wśród duchowieństwa i nauczycielstwa, polecenie nowego wydania „Knajpy" Parvi'ego. — Przedpłata wynosi zasadniczo 6 zł. rocznie; jednakże koła abstynenckie młodzieży, Związku Nauczycieli Abstynentów i Katolickiego Związku Abstynentów korzystają ze zniżki znacznej i opłacają zaledwie 2,4o zł. rocznie. Pismo jest redagowane starannie i podaje mnóstwo materjału informacyjnego obok rozpraw metodycznych. Zamówienia należy adresować: Poznań, Aleje Marcinkowskiego 25.

„Walka z alkoholizmem“.

Nr. XVIII-XXI r. VIII, czasopisma społeczno-naukowego p. t. „Walka z alkoholizmem“ jest w całości poświęcone VIII Kongresowi Przeciwalkoholowemu, który się odbył się dnia 8 i 9 grudnia 1928 w Lublinie. W numerze tym zamieszczone są referaty, wygłoszone przez czołowych członków stowarzyszenia antyalkoholowego. O wartości zamies czonych artykułów świadczą nazwiska ich autorów, znanych w świecie naukowym. Widzimy tu artykuły prof. Radziwiłłowicza, prof. Gantkowskiego, Ks. Kan. Władzińskiego, Ks. prof. Ciemieniewskiego i cały szereg nazwisk, które dają gwarancję wysokiego poziomu artykułów i ścisłości podanych spostrzeżeń.

Samo czasopismo wydawane w dużem formacie ósemkowem, daje wrażenie poważnego pisma naukowego. Ze względu na swą treść numer ten powinien zainteresować każdego, kto rozumie, jaką klęską nietylko jednostek, ale i całej ludzkości, jest alkohol. Bo przecież w czasopiśmie tem zamieszczone są artykuły czołowych przedstawicieli organizacji abstynentów. Oni widzą wyniki takiego, czy innego sposobu zwalczania i oni mogą zmieniać, lub też nadal stosować jakąś metodę. I dlatego każdemu, kto chce wiedzieć jak wielkie spustoszenie i szkodę czyni alkohol, kto chce wiedzieć, co dotychczas nietylko w Polsce, ale w całym świecie zrobiono, aby zwalczyć tego polipa, wysysającego z nas zdrowie, pieniądze, niszczącego szczęście rodzinne i prowadzącego do upadku i nędzy, gorąco należy polecić czytanie na wysokim poziomie stojącego czasopisma p. t. „Walka z alkoholizmem“.

Dr. W. GORZKOWSKI — Dziekanka.

„Droga do Zdrowia“.

Rok I. Kwiecień 1931, Nr. 1. Miesięcznik wyd. przez Okręgowy Związek Kas Chorych; wychodzi w Krakowie.

Czasopismo poświęcone ochronie zdrowia, sprawom opieki i ubezpieczeń społecznych.

Ukazało się nowe czasopismo popularne, poświęcone ochronie zdrowia, sprawom opieki i ubezpieczeń społecznych. W numerze okazowym znajdujemy dla wszystkich łatwo dostępne artykuły z dziedziny higjeny społecznej i profilaktyki chorób,

zwłaszcza społecznych (gruźlicy). Poruszone zagadniena powinny zainteresować każdego czytelnika. Gazeta jako całość robi miłe wrażenie ze względu na estetyczny wygląd zewnętrzny oraz bogate ilustracje. Pismo to wydawane przez Okręgowy Związek Kas Chorych będzie łącznikiem między ubezpieczonym i lekarzem kasowym, tembardziej, że redakcja uprasza czytelników do zabierania głosu w interesujących ich kwestjach.

Dr STEJKOWSKA — Dziekanka.

Uchwały IV. Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Zakopanem — w dn. 20 — 22. IX. 1931 r.

1) IV Zjazd Przeciwgruźliczy zwraca się z gorącem wezwaniem do Rządu Rzeczypospolitej, aby w okresie przeżywanego bezrobocia, związanej z nim nędzy a w następstwie tego — groźnego szerzenia się gruźlicy, nie redukował sum przeznaczonych na akcję przeciwgruźliczą oraz do całego społeczeństwa polskiego, aby w tym krytycznym momencie zechciało nie zmniejszać swej ofiarności na cele walki z gruźlicą, tą największą klęską społeczną.

2) Wobec istniejących warunków ekonomicznych kraju i spowodowanego tem niedostatecznego wyzyskiwania łóżek posiadanych w sanatorjach społecznych, IV Zjazd ostrzega przed tworzeniem luksusowych sanatorjów, a zwłaszcza t. zw. pseudosanatorjów. Natomiast wyraża przekonanie, że najbardziej, celowem jest urządzanie sanatorjów i szpitali - sanatorjów z możliwie niską opłatą.

3) Zjazd wzywa wszystkie instytucje rządowe, samorządowe, społeczne oraz zakłady ubezpieczeń społecznych do jakn. jrychlejszego scalenia dotychczas przez siebie prowadzonej akcji przeciwgruźliczej w łonie istniejących terytorjalnych towarzystw przeciwgruźliczych, zrzeszonych w Polskim Związku Przeciwgruźliczym. Wzorem scalonej akcji może służyć organizacja Naczelnej Rady Walki z Gruźlicą w Łodzi.

4) Zjazd uważa za celowe organizowanie specjalnych zakładów dla gruźliczo chorych wspólnemi siłami wszystkich instytucyj, biorących udział w walce z gruźlicą. Zakłady przeznaczone dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia, wymagających dłuższej kuracji powinny dawać im możność fachowego

przekształcenia się do zawodów odpowiednich do ich stanu zdrowia.

5) Zjazd zwraca się z prośbą do Władz Rządowych, aby w możliwie krótkim czasie został zrealizowany projekt Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, dotyczący budowy gimnazjum o charakterze ściśle sanatoryjnym w klimacie górskim, uważając dotychczasowy brak takiego zakładu za poważną lukę na froncie walki z gruźlicą w Polsce.

6) Celem ustalenia nazw zakładów leczniczych o typie społecznym, IV Zjazd uchwala:

a) Przez nazwę „Sanatorjum dla chorych na gruźlicę" rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, dający przez swoje położenie i urządzenie możność stosowania, prócz innych metod leczniczych, również i terapji klimatyczno-djetycznej przy odpowiednim reżimie. Sanatorjum powinno przyjmować wyłącznie takich chorych na gruźlicę, którzy potrzebują leczenia, a stan których rokuje osiągnięcie możliwie trwałej poprawy.

b) Przez nazwę „Szpitala-Sanatorjum dla chorych na gruźlicę" rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem odpowiednio położony i urządzony, przeznaczony do leczenia i izolowania wszelkich postaci gruźlicy, do nieuleczalnych włącznie. Poza innymi oddziałami zakład ten powinien posiadać oddziały: obserwacyjno-segregacyjny, chirurgiczny i dla chorych nieuleczalnych.

7) Ponieważ w walce społecznej z gruźlicą niezmiernie doniosłe zadanie przypada pracy wychowawczo-profilaktycznej nad młodem pokoleniem, przeto IV. Zjazd wyraża nadzieję, że zniesiona ze względów oszczędnościowych, instytucja lekarzy szkolnych będzie przy poprawie stosunków ekonomicznych w państwie na nowo wprowadzona.

8) IV. Zjazd uchwala konieczność wprowadzenia w państwie „Ustawy Przeciwgruźliczej" i wzywa Rząd do jaknajrychlejszego wniesienia do Sejmu projektu takiej ustawy.

9) IV. Zjazd wyraża przekonanie:

a) że wszystkie czynniki fachowe, t. j. lekarz wolnopraktykujący, poradnia, szpital i sanatorjum, są uprawnione, a nawet obowiązane, do wspólnego kierowania losem chorego i do walki z gruźlicą,

b) że koszty leczenia chorych na gruźlicę nie mogą naogół obciążać wyłącznie samych chorych, a powinny obowiązywać również odnośne czynniki państwowe, samorządowe i społeczne,
c) że w Polsce powinien powstać Centralny Zakład Badań nad Gruźlicą. — Konieczność stworzenia takiego zakładu była już stwierdzona uchwałą III-go Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu,
d) że Zakopane ma warunki stacji górskiej, odpowiednie do leczenia gruźlicy płuc,
e) że w Zakopanem również powinno powstać tanie sanatorjum o charakterze ludowym.

10) IV Zjazd wyraża przekonanie, że restytuowanie zniesionego w swoim czasie Ministerstwa Zdrowia Publicznego będzie nietylko z korzyścią dla postępu kultury zdrowotnej w Polsce, ale przyniesie Skarbowi Państwa znaczną oszczędność.

IV Zjazd lekarski.

Dnia 15 i 16 maja 1932 r. (Zielone Swięta) odbędzie się w Krynicy czwarty zjazd lekarski.

Tematem głównym obrad zjazdu w części odnoszącej się do Medycyny wewnętrznej mają być:

choroby przewodu pokarmowego.

Tematem głównym obrad w części odnoszącej się do Ginekologji ma być:

życie kobiece a wewnętrzne wydzielanie,

ze specjalnem uwzględnieniem przekwitania i spraw niedorozwojowych.

Część trzecią zjazdu wypełnią odczyty z dziedziny lecznictwa zdrojowego.

Podczas zjazdu będzie zorganizowana wystawa środków lekarskich.

Komitet organizacyjny zjazdu na tej drodze prosi wszystkich Kolegów o wzięcie udziału w zjeździe, zgłoszenia odczytów w granicach, przez program powyżej podany określonych.

Termin zgłoszeń dla odczytów zostanie zamknięty 15. lutego 1932.

Szczegółowy program zjazdu ustalony będzie i rozesłany w marcu 1932.

Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny zjazdu: Dr. Witold Skórczewski, Krynica.

Sprawozdanie z działalności Komitetu Budowy Pomnika dla Uczczenia Pamięci Członków Służby Zdrowia Poległych za Ojczyznę za czas od 1927 do 1930 r.

Komitet rozpoczął swą pracę z początkiem r. 1927, na podstawie odezwy skierowanej przez Pana Szefa Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., Generała Dr. St. Roupperta, do oficerów Korpusu Sanitarnego — w sprawie uczczenia pamięci wielkiej działalności i poświęcenia Sanitarjatu Polskiego w odzyskaniu bytu i Niepodległości naszej Rzeczypospolitej.

Zawiązał się Komitet tymczasowy, na czele którego stanął twórca idei budowy pomnika ówczesny Komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej — Generał Dr. St. Hubicki; — Komitet ten przeprowadził wstępne prace nad powołaniem do życia wielkiego Komitetu, do którego weszli przedstawiciele wszystkich odłamów Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej jako też przedstawiciele Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniw. Warsz., Nacz. Izby Lek., Kas Chorych, Związków Lekarskich, Towarzystw, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. Komitet Główny na swem inauguracyjnem zebraniu jednomyślnie poparł myśl rzuconą przez Gen. Dr. Hubickiego — by pamięć i zasługi poległych kolegów uczcić, wznosząc pomnik — któryby stanął w Stolicy Odrodzonej Ojczyzny. Komitet sądził równocześnie, że myśl ta powinna doznać poparcia najgorętszego wśród stanu lekarskiego, farmaceutycznego i innych związanych ze Służbą Zdrowia.

Opracowano Statut, odezwę, jak również pierwsze drogi, któremi można było rozpropagować ideę budowy pomnika i uzyskać konieczne fundusze na budowę.

Zgodnie ze Statutem utworzono 11 Okręgów Komitetów budowy — w miejscach siedzib Szefów Sanitarnych Okręgów Korpusów, — z Szefem Sanitarnym na czele, by w ten sposób uzyskać gotowy aparat administracyjny.

Komitetom Okręgowym oddano do dyspozycji odpowiednie druki i listy składkowe, by na podległym im terenie rozpoczęto

zbiórkę koniecznych funduszów wśród wszystkich członków Służby Zdrowia. Komitet Główny zaś zwrócił się do art. rzeźb laureta Akademji Paryskiej prof. E. Wittiga o wykonanie projektów Pomnika, które artysta przedstawił Komitetowi w kwietniu 1927 r. Wybrany projekt powiększony do 1/3 naturalnej wielkości, był wystawiony na P. W. K. w Poznaniu w Pałacu Sztuki. W czerwcu 1929 r. Komitet podpisał umowę z prof. Wittigiem na budowę pomnika według zaakceptowanego projektu i podanego kosztorysu pomnika, na posiedzeniu odbytem w kwietniu 1929 r. w pracowni prof. Wittiga. Kosztorys ustalono na sumę 400.000 zł. — odlew w bronzie 80.000 do 100.000 cokół w granicie 40 000 do 50.000 zł. pozostałą zaś sumę przewidziano na projekty, przystosowanie placu i inne.

Wysokość Pomnika — 8 mtr., w tem cokół — 3 mtr. 50 cnt., figury — 4,50 mtr.

Wpływy kasowe: dla ułatwienia gospodarki kasowej Komitet otworzył swoje konto kasowe w P. K. O. Nr. 14.111, przez które przeprowadza wszelkie wpływy i rozchody.

Początkowo przeprowadzono zbiórkę tylko wśród wojskowych Członków Służby Zdrowia w postaci jednorazowego opodatkowania się członków lub 1/2 proc. od poborów na pewien określony czas, lub też aż do wybudowania Pomnika; zaś po zorganizowaniu się Komitetów Okręgowych rozpoczęto i zbiórkę wśród cywilnych członków Służby Zdrowia na terenie danego Okręgu Komitetu, za pomocą list składkowych. Akcję tę poparło życzliwie kilka Izb Lekarskich, których zarządy ofiarowały jednorazowe większe kwoty. Żywotność Komitetów Okręgowych nie wszędzie okazała się jednakowa.

Na zebraną sumę 81,465 zł. 34 gr. złożyłyły się następujące ogólne: Subwencja Min. Ośw. i W. R. 10.000 —, Cywilna Służba Zdr. 26 362.75, Wojskowa Służba Zdrowia 45.125,39, proc. P. K. O. 18,20.

Kwota zebrana wśród cywilnej Sł. Zdrowia pochodzi ze składek z całego terenu Rzeczypospolitej zebranych przez Komitety Okr. i Depart. Sł. Zdrowia M. S. Zdrowia M. S. Wewn. Nacz. Wydz. Zdrowia przy Województwach i Lekarzy powiatowych, z wyjątkiem terenu Okr. Komit. w Łodzi i w Krakowie, gdzie prócz wojskowych składek cywilnych nie uzyskano.

Suma zaś składek wojskowych rozbita na poszczególne Okręgi przedstawia się następująco: Centrum wyszkolenia sanitarnego (Szpit. Ujazd) W-wa 18,371.58, Szefostwo Sanitarne: O. K. I. War-

szawa 5,302.18, O. K. II. — Lublin 2,816.67, O. K. III. — Grodno 1,807.56, O. K. IV. — Łódź 678.—, O. K. V. — Kraków 598.80, O. K. VI. — Lwów 2.207,41, O. K. VII. — Poznań 4,266.50, O. K. VIII. — Toruń 2,026 99, O. K. IX. — Brześć n.B. 2,025.84, O. K. X. — Przemyśl 2,505.40. Marynarki Wojennej — W-wa 200.80, Korp. Ochr. Pogranicza W-wa 1,245.16, Departament Zdrowia M. S. Wojsk. — Warszawa 1,072.50.

Wykazaną subwencję z Min.Ośw. i W. R. Komitet otrzymał w r. 1930.

Przez niespełna więc cztery lata pracy Komitet budowy uzyskał przy słabej propagandzie budowy prawie 1/4 sumy koniecznej na ukończenie budowy pomnika. Obecnie Komitet zwrócił się z prośbą do Naczelnej Izby Lekarskiej o poparcie akcji Komitetu — drogą apelu ze swege urzędu do wszystkich członków Izb Lekarskich, aby ich członkowie na terenie całej Rzeczypospolitej dobrowolnie opodatkowali się na rzecz budowy pomnika w wysokości 45 zł. płatnych w trzech ratach po 15 zł. rocznie, lub też po 1,25 miesięcznie; Komitet wychodzi bowiem z założenia, że tak niska kwota opodatkowania się, nikogo nadmiernie nie obciąży, a Pomnik stanie własnemi siłami całej Służby Zdrowia. Równocześnie przyrzekł pomoc Komitetowi w tej akcji przez swoich przedstawicieli, a członków Komitetu Głównego, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, którzy oprócz rozesłania do swoich członków list składkowych, celem jednorazowej zbiórki pieniężnej, zwrócili się z apelem o przeprowadzenie wśród członków stałego opodatkowania miesięcznego 1 — 3 złotych od poborów na rzecz budowy Pomnika przez przeciąg 2 — 3 lat.

Ta forma zbiórkowa drogą stałego opodatkowania się na zgóry określony czas jest najważniejszą dla Komitetu budowy, gdyż pozwala mu unormować przedewszystkiem wykonanie zobowiązań w czasie budowy zaciągniętych wobec art. rzeźb. prof. E. Wittiga, jak również umożliwi Komitetowi normalny tok pracy nad Pomnikiem. Drogą tej formy stałego podatku udało się wśród nielicznej przecież wojskowej Sł. Zdrowia uzyskać dość pokaźną sumę (45.125 zł 39 gr.) na budowę Pomnika. W takiej też formie Komitet otrzymuje wpływy od farmaceutów, którzy drogą podniesionej nieznacznie prenumeraty „Wiadomości Farmaceutycznych“ opodatkowali się na budowę Pomnika do czasu jego ukończenia.

Magister Herod, właściciel drukarni, ofiarował Komitetowi Bud. Pomnika wybicie wszelkich druków do 1000 złotych.

Stan robót rzeźbiarskich nad Pomnikiem posunięty jest już dość daleko. Obecnie jest na wykończeniu pierwsza faza budowy, to znaczy, Pomnik w glinie, w jego naturalnej wielkości. Aby umożliwić ogółowi Sł. Zdrowia zaznajamianie się ze stanem robót nad Pomnikiem, Komitet zwrócił się w grudniu 1930 r. do wszystkich urzędów, instytucyj, związków, towarzystw, związanych ze Sł. Zdrowia, aby w czasie Zjazdów, czy też większych zebrań przewidzieli w swych programach godzinę na zwiedzenie pracowni prof. E. Wittiga (ul. Senatorska w oficynie gmachu Min. Rolnictwa). Ma to też i wielkie znaczenie propagandowe, gdyż każdy z członków Sł. Zdrowia, który raz zobaczy to wspaniałe dzieło sztuki, stanie się jego zwolennikiem i jaknajgorliwszym propagatorem, by jaknajszybciej stanęło na odpowiednim placu w Stolicy. Czas robót potrwa, jeśli wszyscy członkowie Sł. Zdrowia chętnie poprą starania Komitetu o uzyskanie koniecznych funduszów, najdalej 2 — 3 lat.

Jak wspomniano, Pomnik ku czci poległych członków Sł. Zdrowia stanie na otwartym placu w Stolicy. Sprawę wybrania miejsca ustali powołana przez Komitet specjalna rada artystyczna, złożona z członków Komitetu, prof. E. Wittiga, delegata z Dep. Kultury i Sztuki Min. Ośw. i W. R., delegata m. st. W-wy, przedstawicieli ze sfer artystycznych.

Obecnie mówi się o dwóch placach, na którychby mógł Pomnik stanąć, t. j. plac przy ulicy Jasnej i Zgody i plac Starynkiewicza.

Z powodu objęcia przez p. gen. D-ra Hubickiego stanowiska Ministra Pracy i Op. Społ. i w związku z tem niemożności poświęcenia więcej czasu Komitetowi Budowy Pomnika, dnia 15. 10. 30, przewodnictwo Komitetu Głównego objął gen. Dr. Kołłątaj-Srzednicki, a p. Minister Hubicki pozostał wśród członków Komitetu Głównego.

Podając powyższy szkic pracy Komitetu, trzeba zaznaczyć, że Pomnik będzie dumą całego stanu Służby Zdrowia Rzeczypospolitej, a godność tego stanu wymaga, aby rozpoczęte wspaniałe dzieło sztuki i jedyny nasz wspólny wysiłek „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia za Ojczyznę“ stanął w Stolicy.

Więc apel: współpracujcie z Komitetem budowy przez propagowanie i opodatkowanie się na rzecz budowy Pomnika. — Konto nasze — P. K O. Nr. 14-111.

Wszelkich informacyj w sprawie Pomnika udziela sekretarz z Komitetu codziennie w godz. 12 — 14; telefon 523-75 (W-wa — Szpital Ujazdowski).

Sprawozdanie kasowe Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę za czas od 1927 do 31. 12. 1930 r.

Przychód:

Wpływy do dnia:

31. XII. 1928 —	32,660.32
31. XII. 1929 —	24,250.85
31. XII. 1930 —	24,554.17
Razem	81,465.34

Rozchód:

Zaliczki na budowę prof. E Wittigowi	80.250.—
Koszta manipulacyjne w P. K. O. od 27 — 30 r.	101.17
Koszta administracyjne	1.068,20
Na koncie w P. K. O.	45,47
Razem	81,465.34

Przewodniczący Komitetu Głównego
Dr. J. Kołłątaj-Srzednicki
Generał brygady.

Sekretarz *Dr. W. Kaliciński.*
Skarbnik *A. Wróblewski.*

Pod. Dr. med. WIKTOR KALICIŃSKI.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej.

Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej o utworzeniu Biura Propagandy Medycyny Polskiej, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 10 z dnia 1 października b. r., znalazł żywy odźwięk wśród lekarzy, co jest najlepszym dowodem potrzeby takiego Biura.

W nadsyłanych listach zwracają Szanowni Korespondenci w pierwszym rzędzie uwagę na racjonalną organizację pracy, któraby zapobiegła wykonywaniu tych samych wysiłków przez różne czynniki i różne osoby.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej, chce obecnie nawiązać kontakt z szeregiem czasopism zagranicznych, w sprawie umieszczania w nich streszczeń polskich prac lekarskich. Kierując się zasadą organizacji pracy, B. P. M. P. prosi Panów Lekarzy, któ-

rzy są stałemi korespondentami pism zagranicznych, o powiadomienie z jakiemi pismami zagranicznemi pracują, aby pism tych nie brać już pod uwagę.

Almanach Lekarski.

Z końcem bieżącego roku ukaże się **Almanach Lekarski**, wydawnictwo jednorazowe, zaznajamiające wyczerpująco i praktycznie z aktualnemi zagadnieniami wiedzy medycznej, z jej najnowszemi zdobyczami dotyczącemi praktyki lekarskiej.

Ogłoszenia P. T. Lekarzy przyjmuje najdalej do 20. grudnia 1931 r., wydawnictwo **Almanachu Lekarskiego**, Lwów, Piekarska nr. 41.

XII. Zjazd Psychjatrów Polskich.

odbędzie się d. 14, 15 i 16 maja 1932 r. w Białymstoku i Choroszczy, *Temat główny:* Fizjologja i patologja charakteru.

I-szy DZIEŃ.

1. Biologja charakteru.
2. Konstytucja i charakter.
3. Dziedziczność i charakter.
4. Charakter normalny.
5. Patologja charakteru.

II-gi DZIEN.

1. Rozwój charakteru przestępczego.
2. Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-karnem.
3. Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-cywilnem.

Po poł.

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III-ci DZIEŃ.

Luźne odczyty.

Uprasza się o zgłoszenie odczytów luźnych pod adresem sekretarza Zarządu Głównego Dr. J. Handelsmana w Pruszkowie, szpital Tworki. W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o porozumienie z Dr. S. Dereszem, dyrektorem Zakładu psychjatrycznego w Choroszczy pod Białymstokiem.
